



Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles de Cigna Healthcare

Cobertura a partir del 1 de enero de 2026

Para el estado de California

Health Maintenance Organization (HMO), Network, Network Point of Service (POS)

Consulte su Lista de medicamentos en línea: **Cigna.com/PDL**

Servicio al Cliente las 24 horas, los 7 días de la semana: **800.Cigna24 (800.244.6224)**

Consulte la información sobre su cobertura en línea: Aplicación myCigna® o en **myCigna.com®**

Última actualización: 1 de agosto de 2025. Esta Lista de medicamentos está sujeta a cambios y ninguna de las versiones anteriores se encuentra vigente.



¿Qué encontrará adentro?	Página
Información sobre esta Lista de medicamentos	3
• Preguntas frecuentes	3
• Palabras que quizás necesite conocer	II
• Acerca de esta Lista de medicamentos	13
• Cómo leer esta Lista de medicamentos	13
• Cómo encontrar su medicamento	16
Lista de medicamentos con receta	19
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	154
Índice de medicamentos	155

Consulte su Lista de medicamentos en línea las 24 horas, los 7 días de la semana

Este documento se actualizó por última vez el 1 de agosto de 2025.*

- Puede usar la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) en la aplicación myCigna¹ o en **myCigna.com** para ver la lista más actualizada de los medicamentos que cubre su plan.
- También puede ver un archivo pdf de este documento en **Cigna.com/PDL**. Haga clic en el menú desplegable al lado de *Drug Lists for Employer Plans* (Listas de medicamentos para planes de empleadores). Desplácese hacia abajo hasta la sección *California Employer Drug Lists* (Listas de medicamentos para planes de empleadores de California) y luego haga clic en **California Value 4 Tier (all specialty medications covered on tier 4) (DHMC) [PDF]** (Value de 4 niveles de California [todos los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4] [DHMC] [PDF]).

¿Tiene preguntas?

- **Por teléfono:** Llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de ID de Cigna Healthcare®. Estamos para servirle a toda hora, los 365 días del año.
- **myCigna.com:** Haga clic para chatear de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este.

* Creación de la Lista de medicamentos:
creada originalmente el 1 de enero de 2004

Última actualización: 1 de agosto de 2025, para los
cambios que empezarán a regir el 1 de enero de 2026

Próxima actualización planificada: 1 de abril de 2026, para
los cambios que empezarán a regir el 1 de julio de 2026

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes

Aquí encontrará respuestas a preguntas que puede tener sobre su Lista de medicamentos y la cobertura de medicamentos con receta.

P. ¿Con qué frecuencia se actualiza la Lista de medicamentos? ¿Cómo sé si mi cobertura de medicamentos cambió?

R. Revisamos y actualizamos la Lista de medicamentos en forma regular para garantizar la cobertura de medicamentos seguros, eficaces y de bajo costo. Hacemos cambios por varios motivos; por ejemplo, cuando surge un medicamento nuevo, cuando algún medicamento deja de estar disponible o cuando cambia el precio de un medicamento. Estos cambios pueden incluir:

- **Pasar un medicamento a un nivel de costos más bajo.** Esto puede suceder en cualquier momento del año.
- **Pasar un medicamento de marca a un nivel de costos más alto cuando surja un genérico.** Esto puede suceder en cualquier momento del año.
- **Pasar un medicamento a un nivel de costos más alto y/o dejar de cubrir un medicamento.** Esto suele suceder dos veces al año, el 1 de enero y el 1 de julio.
- **Agregar reglas (requisitos) de cobertura adicionales para un medicamento.** Esto suele suceder dos veces al año, el 1 de enero y el 1 de julio.

Cuando hacemos un cambio que afectará su medicamento (por ejemplo, empezará a costar más, dejará de estar cubierto y/o empezará a tener un requisito de cobertura adicional), le avisamos antes de que el cambio entre en vigor. De esta manera, usted tiene tiempo de hablar con su médico sobre las opciones disponibles. Solo usted y su médico pueden decidir qué es lo mejor para su tratamiento.

P. ¿Por qué mi plan no cubre determinados medicamentos?

R. Para ayudar a reducir sus costos de cuidado de la salud totales, su plan no cubre determinados medicamentos de marca de alto costo que tienen alternativas de menor costo que pueden tratar la misma condición. Si su medicamento no está cubierto y su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, el personal del consultorio puede pedirnos que lo cubramos a través de nuestro proceso de revisión.

También hay algunos medicamentos y productos que su plan no cubrirá en ningún caso, porque son una “exclusión del plan (o del beneficio)”. Esto significa que el medicamento o el producto no está en su Lista de

medicamentos, y no existe la opción de pedirnos que lo cubramos a través de nuestro proceso de revisión.

Por ejemplo, su plan no cubre (o “excluye”):

- Medicamentos con receta que tratan alergias (por ejemplo, Allegra, Clarinex, Xyzal y los genéricos) y pirosis u otras condiciones de acidez estomacal (por ejemplo, Nexium, Prilosec OTC y los genéricos).
- Medicamentos que tratan condiciones relacionadas con el estilo de vida, como medicamentos para la infertilidad, para la disfunción eréctil y para dejar de fumar.²
- Medicamentos que no están aprobados la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos.

P. ¿Cómo deciden qué medicamentos cubrir?

R. La Lista de medicamentos con receta de Cigna Healthcare se elabora con la ayuda del Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés) de Cigna Healthcare, que es un grupo de médicos y farmacéuticos en ejercicio, la mayoría de los cuales trabaja fuera de Cigna Healthcare. El grupo se reúne regularmente para revisar evidencia médica e información proporcionadas por agencias federales, fabricantes de medicamentos, asociaciones de profesionales médicos, organizaciones nacionales y revistas revisadas por colegas médicos respecto de la seguridad y eficacia de los medicamentos recientemente aprobados por la FDA y de los medicamentos que ya se encuentran en el mercado.

Luego, el Comité de Evaluación del Valor de los Planes de Salud (HVAC, por sus siglas en inglés) de Cigna Healthcare analiza los resultados de la revisión clínica del Comité de P&T, así como el valor general del medicamento y otros factores antes de agregarlo o quitarlo de la Lista de medicamentos.

P. ¿Por qué algunos medicamentos necesitan aprobación para que mi plan los cubra?

R. El proceso de revisión ayuda a garantizar que usted esté recibiendo cobertura para el medicamento correcto, al costo correcto, en la cantidad correcta y para la situación correcta.

P. ¿Cómo sé si un medicamento necesita aprobación?

R. Consulte su Lista de medicamentos o inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com** y use la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

de los medicamentos). Si al lado del nombre del medicamento aparece:

- **PA** (autorización previa) o **ST** (tratamiento escalonado), necesita aprobación para que su plan lo cubra.
- **QL** (límite a la cantidad), es posible que necesite aprobación según la cantidad que le estén despachando de una vez.
- **AGE** (requisito de edad), es posible que necesite aprobación según su edad.

P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente necesitan aprobación?

R. Medicamentos que:

- Pueden no ser seguros si se toman con otros medicamentos.
- Tienen alternativas de menor costo que son igual de eficaces para tratar la misma condición.
- Solo deberían usarse para determinadas condiciones médicas.
- Suelen usarse de manera incorrecta o presentan riesgo de abuso (tomarlos con mayor frecuencia de la recomendada).

P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente tienen límites a la cantidad?

R. Medicamentos que:

- Se toman en una cantidad mayor o durante más tiempo del recomendado.
- Se usan de manera incorrecta o presentan riesgo de abuso (tomarlos con mayor frecuencia de la recomendada).

P. ¿Qué medicamentos forman parte del programa de tratamiento escalonado?

R. En general, medicamentos de alto costo que se usan para tratar ciertas condiciones, tales como:

- | | |
|--|-------------------------|
| • Trastorno por déficit de atención (TDA)/ | • Depresión |
| Trastorno por déficit de atención con | • Presión arterial alta |
| hiperactividad (TDAH) | • Colesterol alto |
| • Alergias | • Osteoporosis |
| • Problemas de vejiga | • Dolor |
| • Problemas respiratorios | • Condiciones cutáneas |
| | • Trastornos del sueño |

P. ¿Por qué mi medicamento tiene un requisito de edad?

R. No todos los medicamentos son adecuados para todas las edades. Algunos medicamentos son más eficaces en personas de cierta edad o dentro de un rango de edad específico. Con el paso del tiempo, los cambios en el organismo pueden disminuir la capacidad para descomponer o eliminar ciertos medicamentos, lo que hace que permanezcan más tiempo en el cuerpo. Por esta razón, una persona adulta mayor podría necesitar una dosis más baja o un medicamento diferente que sea más seguro.

P. ¿Cómo obtengo la aprobación (autorización previa) para mi medicamento?

R. Pídale al personal del consultorio de su médico que se comunique con nosotros para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. Ellos saben cómo funciona el proceso de revisión y se ocuparán de todo por usted. Por si el personal del consultorio pregunta, pueden descargar un formulario de solicitud desde nuestro portal para proveedores en cignaforhcp.com.

Revisaremos la información que nos envíe su médico para asegurarnos de que usted cumpla con las reglas (los requisitos) de cobertura del medicamento. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles nuestra decisión (aprobado/no aprobado) y los próximos pasos. Esto puede demorar hasta cinco (5) días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico en cualquier momento para averiguar si ya tomamos una decisión. O puede iniciar sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com para saber en qué parte del proceso de revisión está su medicamento o para leer la decisión que tomamos.

Muchas veces no recibimos toda la información necesaria del consultorio para poder aprobar la cobertura. Si no aprobamos su medicamento, su médico puede enviarnos más información para que la revisemos, usando el mismo proceso que antes. Con gusto revisaremos la solicitud nuevamente. Según lo que su médico envíe esta vez, es posible que podamos aprobar la cobertura. Si no es así, usted y su médico pueden apelar la decisión enviándonos una solicitud por escrito en la que se expliquen los motivos por los que deberíamos cubrir el medicamento.

- **Para las solicitudes no urgentes**, les informaremos la decisión a usted y a su médico dentro de las 72 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará hasta que se extinga la receta (incluidas las renovaciones).

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

- **Para las solicitudes urgentes basadas en circunstancias apremiantes**, les informaremos la decisión a usted y a su médico dentro de las 24 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará mientras duren las circunstancias apremiantes. Si no respondemos a una solicitud de excepción a la autorización previa completada dentro de las 72 horas de recibir una solicitud no urgente y de las 24 horas de recibir una solicitud urgente basada en circunstancias apremiantes, la solicitud se considerará aprobada y su plan no podrá negarse a cubrir el medicamento. Además, si ya recibió la aprobación para que su plan cubra su medicamento, no podemos limitar ni excluir la cobertura para ese medicamento si su médico se lo sigue recetando para tratar su condición (siempre y cuando el medicamento se recete adecuadamente y sea seguro y eficaz para tratar su condición).

P. Mi plan no cubre mi medicamento. Necesito tomarlo porque es médicamente necesario para mi tratamiento. ¿Cómo obtengo la aprobación (autorización previa) para mi medicamento?

R. Si su médico considera que su medicamento es necesario para su tratamiento y que una alternativa no es adecuada para usted, su médico podrá pedirnos que evaluemos la posibilidad de aprobar la cobertura de su medicamento. Pídale al personal del consultorio de su médico que se comunique con nosotros para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. Ellos saben cómo funciona el proceso de revisión y se ocuparán de todo por usted. Por si el personal del consultorio pregunta, pueden descargar un formulario de solicitud desde nuestro portal para proveedores en **signaforhcp.com**.

Revisaremos la información que nos envíe su médico para asegurarnos de que usted cumpla con las reglas (los requisitos) de cobertura del medicamento. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles nuestra decisión (aprobado/no aprobado) y los próximos pasos. Esto puede demorar hasta cinco (5) días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico en cualquier momento para averiguar si ya tomamos una decisión. O puede iniciar sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com** para saber en qué parte del proceso de revisión está su medicamento o para leer la decisión que tomamos.

Muchas veces no recibimos toda la información necesaria del consultorio para poder aprobar la cobertura. Si no aprobamos su medicamento, su médico puede enviarnos más información para que

la revisemos, usando el mismo proceso que antes. Con gusto revisaremos la solicitud nuevamente. Según lo que su médico envíe esta vez, es posible que podamos aprobar la cobertura. Si no es así, usted y su médico pueden apelar la decisión enviándonos una solicitud por escrito en la que se expliquen los motivos por los que deberíamos cubrir el medicamento.

- **Para las solicitudes no urgentes**, les informaremos la decisión a usted y a su médico dentro de las 72 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará hasta que se extinga la receta (incluidas las renovaciones).
- **Para las solicitudes urgentes basadas en circunstancias apremiantes**, les informaremos la decisión a usted y a su médico dentro de las 24 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará mientras duren las circunstancias apremiantes. **Es importante saber que cuando se aprueban los medicamentos, la cobertura suele ser por un año.** Si su medicamento se aprueba por menos tiempo, esto se debe a que hay un motivo clínico basado en nuestros requisitos de cobertura para el medicamento y/o el médico revisor.

P. Recientemente eliminaron mi medicamento de la Lista de medicamentos. Mi médico quiere que lo siga tomando de todos modos. ¿Qué debo hacer para que esté cubierto?

R. No es necesario que haga nada. Si su médico le sigue recetando el medicamento, nosotros seguiremos cubriéndolo. Si su medicamento ya requiere autorización previa, su médico solo tiene que seguir solicitando (y recibiendo) la aprobación para que el medicamento esté cubierto.

P. Mi medicamento forma parte del programa de tratamiento escalonado. No quiero probar una alternativa. ¿Cómo obtengo la aprobación (autorización previa) para mi medicamento?

R. Si usted y su médico consideran que un medicamento alternativo no será efectivo para usted, su médico podrá pedirnos que evaluemos la posibilidad de aprobar la cobertura de su medicamento actual. Pídale al personal del consultorio de su médico que se comunique con nosotros para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. Ellos saben cómo funciona el proceso de revisión y se ocuparán de todo por usted. Por si el personal del consultorio pregunta, pueden descargar un formulario de solicitud desde nuestro portal para proveedores en **signaforhcp.com**.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

Revisaremos la información que nos envíe su médico para asegurarnos de que usted cumpla con las reglas (los requisitos) de cobertura del medicamento. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles nuestra decisión (aprobado/no aprobado) y los próximos pasos. Esto puede demorar hasta cinco (5) días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico en cualquier momento para averiguar si ya tomamos una decisión. O puede iniciar sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com** para saber en qué parte del proceso de revisión está su medicamento o para leer la decisión que tomamos.

Muchas veces no recibimos toda la información necesaria del consultorio para poder aprobar la cobertura. Si no aprobamos su medicamento, su médico puede enviarnos más información para que la revisemos, usando el mismo proceso que antes. Con gusto revisaremos la solicitud nuevamente. Según lo que su médico envíe esta vez, es posible que podamos aprobar la cobertura. Si no es así, usted y su médico pueden apelar la decisión enviándonos una solicitud por escrito en la que se expliquen los motivos por los que deberíamos cubrir el medicamento.

- **Para las solicitudes no urgentes**, les informaremos la decisión a usted y a su médico dentro de las 72 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará hasta que se extinga la receta (incluidas las renovaciones).
- **Para las solicitudes urgentes basadas en circunstancias apremiantes**, les informaremos la decisión a usted y a su médico dentro de las 24 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará mientras duren las circunstancias apremiantes. Si no respondemos a una solicitud de excepción a la autorización previa completada dentro de las 72 horas de recibir una solicitud no urgente y de las 24 horas de recibir una solicitud urgente basada en circunstancias apremiantes, la solicitud se considerará aprobada y su plan no podrá negarse a cubrir el medicamento.

Sus derechos de tratamiento escalonado en virtud de la ley del estado de California:

1. Una aseguradora puede imponer requisitos de autorización previa para los beneficios de medicamentos con receta.
2. Cuando haya más de un medicamento apropiado para el tratamiento de una condición médica, es posible que una aseguradora requiera el tratamiento escalonado.

- a. En circunstancias en las que una persona asegurada cambie de póliza, la nueva póliza no deberá requerir que se repita el tratamiento escalonado cuando la persona asegurada ya esté recibiendo tratamiento para una condición médica con un medicamento con receta, siempre y cuando el medicamento se recete adecuadamente y se considere seguro y eficaz. Una nueva póliza puede imponer un requisito de autorización previa para que continúe la cobertura de un medicamento con receta recetado conforme a un tratamiento escalonado impuesto por la póliza anterior. Una nueva póliza además debe permitirle a un proveedor que emite recetas recetar otro medicamento cubierto por la nueva póliza que sea médicamente apropiado para la persona asegurada.
3. Una aseguradora deberá proporcionar cobertura para la dosis y cantidad médicamente necesaria del medicamento recetado para el tratamiento de una condición médica de acuerdo con los estándares de la práctica profesionalmente reconocidos.

P. ¿Qué pasa si trato de que me despachen un medicamento con receta que necesita aprobación pero no obtengo la aprobación de antemano?

R. Cuando su farmacéutico trate de despacharle la receta, verá que el medicamento necesita nuestra aprobación para tener cobertura. Como usted no obtuvo la aprobación de antemano, su plan no cubrirá el costo. En ese caso, pídale a su médico que se comunique con nosotros para comenzar el proceso de revisión de la cobertura.

Podrá adquirir el medicamento de todos modos (sin usar su plan/seguro), pero pagará el precio total en la farmacia. En ese caso, lo que pague no podrá aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

P. ¿Qué pasa si trato de que me despachen un medicamento con receta que tiene un límite de cantidad?

R. Su farmacéutico solo le despachará la cantidad que cubra su plan. Si usted quiere que le despachen más de la cantidad permitida, el personal del consultorio puede pedirnos que cubramos esa cantidad mayor a través de nuestro proceso de revisión.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

P. ¿Todos los medicamentos incluidos en esta Lista de medicamentos están aprobados por la FDA?

R. Sí.

P. ¿Mi plan cubre medicamentos aprobados recientemente por la FDA?

R. Nosotros revisamos todos los medicamentos y productos recientemente aprobados para determinar si deberían estar cubiertos y, en ese caso, con qué costo compartido (en qué nivel). Esto incluye, a modo de ejemplo, medicamentos, suministros médicos y/o dispositivos cubiertos por los beneficios de farmacia estándares. Desde la fecha de aprobación de la FDA, nuestra decisión puede demorar hasta seis meses.

Si su médico quiere usar un medicamento recientemente aprobado, el personal del consultorio puede pedirnos que lo cubramos a través de nuestro proceso de revisión.

P. ¿Qué medicamentos están cubiertos en virtud de la ley de reforma del cuidado de salud?

R. La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA, por sus siglas en inglés), también conocida como la “reforma del cuidado de salud”, ayuda a que el cuidado de la salud y el cuidado preventivo sean más accesibles. La PPACA exige que los planes cubran el costo total de ciertos medicamentos preventivos y productos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) preventivos. Esto significa que usted no tiene que pagar nada, ni siquiera un copago, coseguro o deducible, por estos productos.

Para ver una lista de los medicamentos que cuestan \$0, visite **Cigna.com/PDL** y haga clic en el menú desplegable al lado de *Drug Lists for Employer Plans* (Listas de medicamentos para planes de empleadores). En la sección *Preventive Drug Lists* (Listas de medicamentos preventivos), haga clic en el vínculo *PPACA No Cost-Share Preventive Drug List* (Lista de medicamentos preventivos sin costos compartidos según la PPACA).

P. En esta Lista de medicamentos veo varios medicamentos que pueden usarse para tratar mi condición. ¿Mi médico me emitirá una receta para todos ellos?

R. No. El simple hecho de que un medicamento esté incluido en la Lista de medicamentos de su plan no significa que su médico se lo recetará. Su médico trabajará con usted para encontrar el medicamento que considere mejor para su tratamiento específico.

P. ¿Cómo puedo averiguar cuánto pagaré por un medicamento específico?

R. Cuando usted y su médico estén evaluando el medicamento correcto para su tratamiento, saber cuánto cuesta, qué opciones de menor costo están disponibles y qué farmacias tienen los mejores precios puede ayudarle a evitar sorpresas. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com** y use la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para saber cuánto cuesta su medicamento antes de ir a la farmacia o incluso antes de irse del consultorio de su médico.³

P. ¿Qué es el costo compartido?

R. Es la cantidad que usted paga de su bolsillo por un medicamento con receta cubierto y/o un servicio de cuidado de la salud o un servicio relacionado elegible. Para algunos planes, el costo compartido es un copago; para otros planes, es un coseguro.

P. ¿Cómo puedo ahorrar dinero en mis medicamentos con receta?

R. Puede pensar en la posibilidad de usar un medicamento que esté cubierto en un nivel inferior, como un medicamento genérico o de marca preferida, o en pedir que le despachen un suministro para 90 días (si su plan lo permite). Pregúntele a su médico si alguna de estas opciones puede ser adecuada para usted.

P. ¿Qué es un medicamento genérico?

R. Un genérico es igual que su versión de marca. Tiene los mismos ingredientes activos, y la misma concentración y formulación, trata la(s) misma(s) condición(es), y actúa de la misma manera. Además, en general, cuesta menos.⁴ Los medicamentos genéricos suelen venderse con su nombre químico o científico, en lugar del nombre de marca.

P. ¿Los genéricos actúan de la misma manera que los medicamentos de marca?

R. Sí. Los medicamentos genéricos actúan de la misma manera y tienen el mismo beneficio clínico que los medicamentos de marca.⁴

P. ¿Cuáles son las diferencias entre los medicamentos genéricos y los de marca?

R. Los medicamentos genéricos y los de marca pueden:⁴

- Tener un aspecto diferente. Por ejemplo, los medicamentos genéricos pueden tener una forma, un tamaño o un color diferente a sus versiones de marca.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

- Tener un sabor diferente y/o utilizar distintos conservantes, venir en un envase diferente y/o con un etiquetado distinto, y pueden tener una fecha de vencimiento diferente.

Es importante que sepa que estas diferencias no afectan la manera en que actúan los genéricos.

P. ¿Qué es un medicamento “biosimilar”?

R. Un medicamento biosimilar es “muy similar” al medicamento biológico original, que también se conoce como producto de referencia, que ya fue aprobado por la FDA. Si bien los biosimilares no son idénticos al medicamento original, se usan para tratar las mismas condiciones, y proporcionan los mismos resultados clínicos y beneficios de tratamiento. No hay diferencias clínicas en cuanto a su seguridad ni a cómo actúan. Además, suelen costar menos.⁵

P. ¿Me pueden despachar mi receta en cualquier farmacia de mi red?

R. Depende. Algunos planes solo permiten despachar los medicamentos en determinadas farmacias de la red o a través del servicio de entrega a domicilio. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre las farmacias que pertenecen a la red de su plan.

P. ¿Cómo sé qué farmacias pertenecen a la red de mi plan?

R. Hay miles de farmacias minoristas en la red de su plan. Se incluyen las farmacias locales, los supermercados, las cadenas minoristas y las tiendas mayoristas; tiendas que seguramente ya frecuenta. Y algunas tiendas abren las 24 horas. Para buscar una farmacia de la red que le quede cerca, inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com**. Luego haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *Find a Pharmacy* (Buscar una farmacia) de la lista desplegable.

P. Mi farmacia no está en la red de mi plan. ¿Me pueden seguir despachando medicamentos con receta allí?

R. Para aprovechar al máximo la cobertura de su plan, debería usar una farmacia de la red. Si su plan ofrece cobertura fuera de la red, usted pagará su costo compartido fuera de la red para que le despachen un medicamento allí.

P. ¿Tengo que usar el servicio de entrega a domicilio para despachar mis recetas?

R. Depende de su plan. Algunos planes le exigen que despache sus medicamentos de mantenimiento

a través de Express Scripts® Pharmacy y/o sus medicamentos de especialidad a través de la farmacia de especialidad Accredo® para que estén cubiertos.⁶ Inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para averiguar qué exige su plan.

P. ¿Me pueden despachar mis recetas por correo?

R. Sí, siempre que su plan ofrezca el servicio de entrega a domicilio.⁶

Despache los medicamentos de mantenimiento a través de Express Scripts Pharmacy

Express Scripts Pharmacy es una opción conveniente cuando está tomando un medicamento en forma regular para tratar una condición médica permanente. Es sencilla y segura, y le permite ir menos veces a la farmacia. Para obtener más información, visite **Cigna.com/homedelivery**.

- Es muy fácil pedir, manejar, hacer el seguimiento y pagar sus medicamentos en su teléfono o en Internet.
- Reciba los pedidos por envío estándar sin costo adicional.⁷
- Obtenga un suministro para un máximo de 90 días de una vez.
- Hable con un farmacéutico las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Suscríbase a las renovaciones automáticas o recordatorios de renovaciones para no dejar de tomar ninguna dosis.⁸
- Use un plan de pagos (si lo necesita).

Estas son dos maneras sencillas de comenzar:

1. **En línea.** Inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com** y haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas). Elija *My Medications* (Mis medicamentos) de la lista desplegable. Luego haga clic en el botón que está al lado del nombre de su medicamento para pasar su(s) receta(s) de su farmacia minorista al servicio de entrega a domicilio. O bien,
2. **Por teléfono.**
 - Llame al consultorio de su médico. Pida que envíen una receta para 90 días (con renovaciones) al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts. O bien,
 - Llame a Express Scripts Pharmacy al **800.835.3784**. Se comunicarán con el consultorio de su médico para obtener su receta. Tenga preparada su tarjeta de ID,

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

Despache los medicamentos de especialidad a través de la farmacia de especialidad Accredo

Si está usando un medicamento de especialidad, el equipo de Accredo puede ayudarle a controlar su condición médica poco frecuente y/o compleja. También le despacharán y le enviarán su medicamento de especialidad, para que no tenga que ir a buscarlo a la farmacia. Para obtener más información, visite **Cigna.com/specialty**.

- Hable con enfermeras y farmacéuticos especialmente capacitados, las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Reciba los pedidos por envío rápido sin costo adicional.⁷
- Suscríbase a las renovaciones y los recordatorios. Algunas renovaciones pueden solicitarse por mensaje de texto.⁹
- Reciba ayuda para pagar su medicamento (si la necesita).
- Maneje y haga el seguimiento de sus medicamentos en línea.

Para empezar, llame al **877.826.7657**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro; y los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro.

P. Tomo un medicamento todos los días para tratar la diabetes. Mi plan me exige despachar mi medicamento a través de Express Scripts Pharmacy. ¿Cómo puedo comenzar?

R. Algunos planes permiten uno o más despachos en una farmacia minorista antes de tener que pasarse al servicio de entrega a domicilio. Consulte los materiales de su plan para averiguar si su plan permite despachos minoristas.

Estas son dos maneras sencillas de comenzar:

1. **En línea.** Inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com** y haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas). Elija *My Medications* (Mis medicamentos) de la lista desplegable. Luego haga clic en el botón que está al lado del nombre de su medicamento para pasar su(s) receta(s) de su farmacia minorista al servicio de entrega a domicilio. O bien,
2. **Por teléfono.**
 - Llame al consultorio de su médico. Pida que envíen una receta para 90 días (con renovaciones) al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts. O bien,

- Llame a Express Scripts Pharmacy al **800.835.3784**. Se comunicarán con el consultorio de su médico para obtener su receta. Tenga preparada su tarjeta de ID, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

P. Tomo un medicamento de especialidad para tratar mi esclerosis múltiple. Mi plan me exige despachar mi medicamento a través de Accredo. ¿Cómo puedo comenzar?

R. Algunos planes permiten uno o más despachos en una farmacia minorista antes de pasarse a Accredo. Consulte los materiales de su plan para averiguar si su plan permite despachos minoristas.

Para empezar a usar Accredo, llame al **877.826.7657**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro; y los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro. Asegúrese de llamarlos alrededor de dos semanas antes de su próxima renovación para que tengan tiempo de obtener una nueva receta del consultorio de su médico.

P. Tomo un medicamento de especialidad que solo puede despacharse en determinadas farmacias de los Estados Unidos. ¿Cómo despacho mi receta?

R. Hable con su médico, quien debería poder informarle qué farmacias de la red pueden despachar su medicamento con receta. Una vez que encuentre una farmacia, pídale a su médico que les envíe su receta.

Es posible que también pueda usar Accredo para despachar su receta; ellos tienen acceso a la mayoría de los medicamentos de especialidad.⁶ Llame a Accredo al **877.826.7657**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro; o los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro, para obtener más información.

P. ¿Cómo despacho mi receta?

R. Primero, deberá pedirle una receta a su médico. Luego, su médico puede:

1. **Enviarla electrónicamente** a la farmacia minorista de la red que usted elija, al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts o a Accredo. O bien
2. **Darle una receta en papel.** Usted puede llevarla a la farmacia minorista de la red que elija, o enviarla por correo a Express Scripts Pharmacy o a Accredo.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

P. ¿Cómo puedo recibir ayuda con mis medicamentos de especialidad?

R. Controlar una condición médica poco frecuente y/o compleja no es fácil. El equipo de farmacéuticos y enfermeras capacitados en medicamentos de especialidad de Accredo puede ayudarle. También le despacharán y le enviarán su medicamento de especialidad, para que no tenga que ir a buscarlo a la farmacia.

Visite **Cigna.com/specialty** para obtener más información sobre Accredo o llame al **877.826.7657**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro; o los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro.

P. ¿Dónde puedo obtener más información sobre mis beneficios de farmacia?

R. Use las herramientas y recursos en línea que encontrará en la aplicación myCigna o en **myCigna.com**. Puede averiguar cuánto cuestan sus medicamentos (y qué opciones de menor costo pueden estar disponibles), ver qué medicamentos cubre su plan, buscar una farmacia de la red, hacerle una pregunta a un farmacéutico, ver sus reclamos de farmacia y los detalles de la cobertura, y mucho más. También puede administrar sus pedidos de entrega a domicilio.

P. ¿Cómo puedo averiguar mi costo compartido para cada nivel de la Lista de medicamentos?

R. Clasificamos los medicamentos cubiertos en niveles (que representan niveles de costo compartido). Por lo general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el precio que pagará por el medicamento. Hay tres lugares donde puede averiguar cuánto pagará por su medicamento, según el nivel al que pertenezca, incluido el máximo costo compartido permitido:

1. **Revise su tarjeta de ID de Cigna Healthcare.** Indica su costo compartido para los medicamentos del Nivel 1, del Nivel 2, del Nivel 3 y del Nivel 4.
2. **Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com para ver información sobre su cobertura de farmacia.** También puede usar la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para ver cuánto puede costarle su medicamento en las diferentes farmacias de la red de su plan.
3. Consulte el documento de cobertura denominado **Resumen de beneficios.**

P. ¿Cuál es la diferencia entre los medicamentos cubiertos por el beneficio de farmacia y por el beneficio médico?

R. Algunos medicamentos están cubiertos por el beneficio de farmacia, algunos están cubiertos por el beneficio médico y otros están cubiertos por ambos beneficios. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre cómo cubre su plan sus medicamentos.

- Los medicamentos que le despachan en la farmacia y que usted toma por su cuenta, por lo general, están cubiertos por el beneficio de farmacia.
- Los medicamentos que se administran por inyección o infusión en el consultorio de un médico, en un hospital, en un centro de infusión o en el hogar, por lo general, están cubiertos por el beneficio médico.

Por qué esto es importante: El beneficio que cubra el medicamento puede afectar su costo, si necesita la aprobación de Cigna Healthcare antes de que su plan lo cubra y/o si debe despacharlo a través de una farmacia en particular para que esté cubierto. Consulte la cobertura médica de su resumen de beneficios para obtener más información sobre cómo su plan cubre su medicamento.

P. Tomo un medicamento oral contra el cáncer. ¿Cuánto me costará que me lo despachen?

R. El 1 de enero de 2015, California aprobó un proyecto de ley para limitar el costo compartido de los medicamentos de quimioterapia oral. Esto significa que si usted recibe beneficios médicos y de farmacia a través de Cigna Healthcare, determinados medicamentos orales contra el cáncer se cubrirán como se indica a continuación:

- **Para los planes con copagos:** Estos medicamentos tendrán cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0).
- **Para los planes de salud con deducible alto (HDHP, por sus siglas en inglés) que incluyen una Cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés) o los HDHP calificados:** Usted pagará primero el deducible de su plan. Después de ello, estos medicamentos tendrán cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0). Esto se debe a un requisito federal para las HSA.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

- **Para los planes con un deducible combinado (incluidas las Cuentas de reembolso de salud [HRA, por sus siglas en inglés] con un deducible combinado):** Usted pagará primero el deducible de su plan. Después de ello, estos medicamentos tendrán cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0).
- **Para los planes con un deducible dividido (incluidas las Cuentas de reembolso de salud [HRA] con un deducible dividido):** Estos medicamentos tendrán cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0).

P. ¿Cómo es la cobertura de los medicamentos, dispositivos y productos para la diabetes, anticonceptivos y productos establecidos por el mandato federal aprobados por la FDA en virtud del beneficio de farmacia?

R. Así es como estos productos están cubiertos por el beneficio de farmacia:

- **Medicamentos y productos de cuidado preventivo cubiertos en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA), también conocida como la “reforma del cuidado de salud”:**
 - **Anticonceptivos:** Cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0). Determinados anticonceptivos con receta están disponibles sujetos al costo compartido aplicable.
 - **Productos para dejar de consumir tabaco:** Hasta dos (2) tratamientos de 90 días por año del plan tienen cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0). Determinados productos para dejar de consumir tabaco con receta están disponibles sujetos al costo compartido aplicable.
 - **Determinadas vitaminas:** Cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0). Todas las demás vitaminas con receta están disponibles sujetas al costo compartido y deducible aplicable (si corresponde).
- **Determinados productos de venta libre (OTC):** Si tiene una receta de su médico, estos productos tienen cobertura del 100% o no tienen costos compartidos (\$0). Todos los demás productos OTC están excluidos de la cobertura.
- **Medicamentos de fertilidad orales:** Tienen cobertura según el costo compartido del nivel aplicable. Para algunos planes, los medicamentos de fertilidad inyectables están cubiertos por el beneficio médico.
- **Medicamentos genéricos de cuidado preventivo:** Tienen cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0) antes de alcanzar su deducible. Usted pagará su deducible y el costo compartido aplicable para despachar un medicamento de cuidado preventivo de marca preferida y/o de marca no preferida.
- **Suministros para diabéticos:** Tienen cobertura según el costo compartido aplicable.
- **Hormonas del crecimiento:** Necesitan la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan los cubra (autorización previa). Si recibe la aprobación para la cobertura, usted pagará su costo compartido del nivel aplicable para despachar el medicamento.
- **Vacunas:** Las vacunas ahora están cubiertas por el beneficio de farmacia. No todos los planes cubren las vacunas de la misma manera. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para averiguar cómo las cubre su plan específico.
- **Medicamentos compuestos:** Si el medicamento cuesta más de \$200, necesitará la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan lo cubra (autorización previa). Si recibe la aprobación para la cobertura, usted pagará su costo compartido del nivel aplicable para despachar el medicamento.

Palabras que quizás necesite conocer

- **Medicamento de marca:** Un medicamento que se comercializa con un nombre exclusivo, protegido por una marca. El medicamento de marca estará escrito todo en MAYÚSCULA.
- **Coseguro:** Un porcentaje del costo de un beneficio de cuidado de la salud cubierto que una persona inscrita paga después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de cuidado de la salud, como el beneficio de medicamentos con receta.
- **Copago:** Una cantidad fija en dólares que una persona inscrita paga por un beneficio de cuidado de la salud cubierto después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de cuidado de la salud, como el beneficio de medicamentos con receta.
- **Deducible:** La cantidad que una persona inscrita paga por beneficios de cuidado de la salud cubiertos antes de que el plan de salud de la persona inscrita comience a pagar por la totalidad o parte del costo del beneficio de cuidado de la salud conforme a los términos de la póliza.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Palabras que quizás necesite conocer (cont.)

- **Nivel de medicamentos:** Un grupo de medicamentos con receta que corresponde a un nivel específico de costo compartido en la cobertura de medicamentos con receta del plan de salud. El nivel en el cual se incluye un medicamento con receta determina la parte del costo del medicamento que debe pagar la persona inscrita.
- **Persona inscrita:** Una persona inscrita en un plan de salud que tiene derecho a recibir servicios del plan.
- **Solicitud de excepción:** Una solicitud de cobertura de un medicamento con receta. Si una persona inscrita, o la persona designada por ella, o el proveedor de cuidado de la salud que emite recetas envía una solicitud de excepción para la cobertura de un medicamento con receta, el plan de salud debe cubrir el medicamento con receta cuando se determine que es médicamente necesario para tratar la condición de la persona inscrita.
- **Circunstancias apremiantes:** Cuando una persona inscrita sufre una condición médica que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar su funcionamiento pleno, o cuando la persona inscrita se está realizando un tratamiento con un medicamento no incluido en el Formulario.
- **Formulario:** La lista completa de medicamentos preferidos para usar y elegibles para tener cobertura en virtud de un producto de plan de salud, e incluye todos los medicamentos cubiertos conforme al beneficio de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios del producto de plan de salud. El Formulario también se conoce como Lista de medicamentos con receta.
- **Medicamento genérico:** Un medicamento igual a su equivalente de marca en términos de dosis, seguridad, concentración, forma de tomarse, calidad, rendimiento y uso previsto. Un medicamento genérico está escrito en minúscula cursiva y negrita.
- **Medicamento no incluido en el Formulario:** Un medicamento con receta que no aparece en el Formulario del plan de salud.
- **Costos de desembolso:** Los copagos, el coseguro y el deducible aplicable, además de todos los costos de los servicios de cuidado de la salud que el plan de salud no cubre.
- **Proveedor que emite recetas:** Un proveedor de cuidado de la salud autorizado para emitir una receta para tratar una condición médica para una persona inscrita en un plan de salud.
- **Receta:** Una orden oral, escrita o electrónica de un proveedor que emite recetas para una persona inscrita específica, que contiene el nombre del medicamento con receta, la cantidad, la fecha de emisión, el nombre y la información de contacto del proveedor que emite recetas, la firma del proveedor que emite recetas si la receta se emite por escrito, y si así lo solicita la persona inscrita, la condición médica o el fin para los cuales se receta el medicamento.
- **Medicamento con receta:** Un medicamento recetado por el proveedor que emite recetas de la persona inscrita y que requiere una receta conforme a la ley aplicable.
- **Autorización previa:** El requisito de un plan de salud de que la persona inscrita o el proveedor que emite recetas de la persona inscrita obtengan la autorización del plan de salud para un medicamento con receta antes de cubrir el medicamento. El plan de salud debe otorgar una autorización previa cuando sea médicamente necesario que la persona inscrita obtenga el medicamento.
- **Tratamiento escalonado:** Un proceso que especifica la secuencia en la cual se recetan diferentes medicamentos con receta para una condición médica determinada y médicamente apropiados para un paciente en particular. Es posible que el plan de salud le exija a la persona inscrita probar uno o más medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrir un medicamento en particular para la condición, conforme a una solicitud de tratamiento escalonado. Si el proveedor que emite recetas de la persona inscrita presenta una solicitud de excepción al tratamiento escalonado, el plan de salud deberá hacer excepciones al tratamiento escalonado cuando se cumplan los criterios aplicables.
- **Suscriptor:** La persona responsable del pago a un plan o cuyo empleo u otra condición, salvo la de ser dependiente familiar, sea la base de la elegibilidad para ser miembro del plan.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Acerca de esta Lista de medicamentos

Esta es una lista de los medicamentos que se recetan con mayor frecuencia y están cubiertos por la Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles de Cigna Healthcare, que entrará en vigor el 1 de enero de 2026.

La Lista de medicamentos se actualiza bastante seguido; por eso, es posible que no estén incluidos todos los medicamentos que cubre su plan. Además, también es posible que su plan no cubra todos estos medicamentos. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com** para ver qué medicamentos cubre su plan.

Importante: Su plan no cubre medicamentos con receta que tratan alergias (por ejemplo, Allegra®, Clarinex®, Xyzal® y los genéricos) y pirosis u otras condiciones de acidez estomacal (por ejemplo, Nexium®, Prilosec OTC® y los genéricos). En cambio, puede comprarlos como productos de venta libre (OTC) en su farmacia local o tienda minorista sin presentar una receta.

Cómo leer esta Lista de medicamentos

Los medicamentos están ordenados alfabéticamente (según el inglés) por sus nombres genéricos y de marca dentro de su categoría terapéutica y clase.* También puede buscar su medicamento usando el índice al final de esta Lista de medicamentos.

- La versión genérica de un medicamento de marca aparece entre paréntesis y escrita en **minúscula cursiva y negrita** junto al medicamento de marca.
- Si un equivalente genérico de un medicamento de marca está disponible y tiene cobertura, el genérico aparecerá separado del medicamento de marca, escrito en **minúscula cursiva y negrita**.
- Si un equivalente genérico de un medicamento de marca no está disponible en el mercado o no tiene cobertura, el medicamento no aparecerá separado por su versión genérica.
- Si un medicamento genérico se comercializa con un nombre exclusivo protegido por una marca, el medicamento de marca aparecerá en MAYÚSCULA después de la versión genérica, entre paréntesis y escrito en letra regular, con la primera letra de cada palabra en mayúscula. Por ejemplo: *quinapril hcl* (Accupril).

Niveles

Clasificamos los medicamentos cubiertos en niveles (que representan niveles de costo compartido). Por lo general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el precio que pagará por el medicamento.

Nivel 1	Genéricos. Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más bajo de su plan. Los genéricos actúan de la misma manera y tienen los mismos beneficios clínicos que sus versiones de marca, y generalmente cuestan mucho menos. ⁴	\$
Nivel 2	Marcas preferidas. Estos medicamentos en general tienen una o más alternativas genéricas de menor costo que tratan la misma condición.	\$\$
Nivel 3	Marcas no preferidas. Estos medicamentos en general tienen una o más alternativas genéricas y/o de marca preferida que tratan la misma condición.	\$\$\$
Nivel 4	De especialidad. Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más alto de su plan. Este nivel incluye los medicamentos de especialidad inyectables y orales (aquellos que toma por boca).	\$\$\$\$

* Los medicamentos están incluidos en la categoría terapéutica y clase proporcionadas por First Databank.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo leer esta Lista de medicamentos (cont.)

Letras (siglas) en la columna Notas

En esta Lista de medicamentos, algunos medicamentos tienen **letras (siglas)** junto al nombre en la columna Notas. Esto es lo que significan.

PA	Autorización previa* : Este medicamento necesita la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan lo cubra. El personal del consultorio de su médico deberá enviarnos información para analizar y asegurarnos de que usted cumpla con las reglas (requisitos) de cobertura del medicamento.
QL	Límite a la cantidad* : Su plan cubrirá solamente una cantidad específica de este medicamento por vez. Si su médico quiere que le despachen más de la cantidad permitida, el personal del consultorio puede pedirnos que cubramos una cantidad mayor.
ST	Tratamiento escalonado* : Se trata de un medicamento de alto costo que tiene una o más alternativas de menor costo que tratan la misma condición. Su plan no cubrirá este medicamento hasta que usted primero haya probado al menos un medicamento preferido (en general, un medicamento genérico o de marca preferida) y pueda demostrar que no le dio resultado. Si su médico considera que un medicamento preferido no es adecuado para usted, el personal del consultorio puede pedirnos que cubramos el medicamento de mayor costo.
AGE	Requisito de edad* : Su plan solo cubrirá este medicamento si usted tiene una determinada edad o se encuentra dentro de un determinado rango de edad. Si usted no se encuentra dentro del rango de edad permitido y su médico quiere que use el medicamento, el personal del consultorio puede pedirnos que lo cubramos.
SP	Este es un medicamento de especialidad , que se usa para tratar una condición médica poco frecuente y/o compleja. Algunos planes tienen reglas (requisitos) de cobertura adicionales para los medicamentos de especialidad. Por ejemplo, es posible que algunos cubran solamente un suministro para un máximo de 30 días y/o que exijan que se los despachen en una farmacia de especialidad preferida para estar cubiertos.
HD	Medicamentos para entrega a domicilio : Algunos planes solo cubren determinados medicamentos de mantenimiento si se despachan a través del servicio de entrega a domicilio de Express Scripts Pharmacy. Según su plan, es posible que pueda conseguir cobertura para despachar el medicamento en una farmacia minorista de la red una, dos o tres veces, antes de tener que pasarse al servicio de entrega a domicilio.
PPACA	La reforma del cuidado de salud establecida por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA) exige que los planes cubran el costo total de este medicamento o producto preventivo. Esto significa que usted no tiene que pagar nada, ni siquiera un copago, coseguro o deducible.
CSL	Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos : La ley estatal de California limita el costo compartido (o la cantidad que usted paga de su bolsillo) por determinados medicamentos de quimioterapia oral.

* No todos los planes tienen reglas (requisitos) de cobertura adicionales para los medicamentos. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan, para averiguar si el suyo tiene.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo leer esta Lista de medicamentos (cont.)

Use la tabla incluida abajo para entender cómo están cubiertos los medicamentos en la Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles de Cigna Healthcare.*

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS		
butalbital/acetaminophen	T1	
ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
butalb-aspirin-caffe 50-325-40	T1	QL (6 tabs/day)
butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal)	T1	QL (6 caps/day)
FIORINAL (butalbital-aspirin-caffeine)	T3	QL (6 caps/day)
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
butalb/acetaminophen/caffeine	T3	
butalb/acetaminophen/caffeine (Esgic)	T3	QL (6 caps/day)
butalb-acetamin-caff 50-300-40 (Fioricet)	T1	QL (6 caps/day)
butalb-acetamin-caff 50-325-40 (Esgic)	T1	QL (6 tabs/day)
ESGIC 50-325-40 MG TABLET (butalbital-acetaminophen-caffe)	T3	QL (6 tabs/day)
ESGIC CAPSULE (zebutal)	T3	QL (6 caps/day)
FIORICET (phrenilin forte)	T1	QL (6 caps/day)
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
choline salicyl/mag salicylate	T1	HD
diflunisal	T1	HD
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T2	PA
AJOVY AUTOINJECTOR	T2	PA
AJOVY SYRINGE	T2	PA
almotriptan malate	T1	QL (12 tabs/30 days)
CAFERGOT (ergotamine-caffeine)	T3	QL (40 tabs/28 days)
dihydroergotamine 1 mg/ml amp	T1	QL (10 amps/30 days)
eletriptan hydrobromide	T1	QL (6 tabs/30 days)
EMGALITY PEN	T2	PA
EMGALITY SYRINGE	T2	PA
ergotamine tartrate/caffeine	T1	
ergotamine tartrate/caffeine (Cafergot)	T1	QL (40 tabs/28 days)

Categoría terapéutica y clase describe la condición para cuyo tratamiento se usa el medicamento.

Requisitos y límites de cobertura le informa si su plan tiene requisitos adicionales antes de cubrir el medicamento.

Nivel del medicamento le da una idea de cuánto puede llegar a pagar por un medicamento.

Nombre del medicamento con receta es el nombre del medicamento.

Los medicamentos están enumerados en orden **alfabético (de la A a la Z)** dentro de cada columna (según el inglés).

Los medicamentos de marca están escritos en **MAYÚSCULA**.

Los medicamentos genéricos están escritos en **minúscula cursiva**.

* Esta tabla es solo un ejemplo. Es posible que no refleje cómo están cubiertos actualmente estos medicamentos en esta Lista de medicamentos.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento

Primero, busque la categoría terapéutica/clase en la que se encuentra su medicamento usando la siguiente lista ordenada alfabéticamente según el inglés. Luego vaya a esa página para ver los medicamentos cubiertos disponibles para tratar la condición.

Condición	Página	Condición	Página
Analgésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	19-23	Antiinfecciosos/Varios (condiciones cutáneas)	48
Analgésicos (condiciones urinarias)	23	Agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral antiinflamatorios (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	48, 49
Anestésicos (varios)	24	Antineoplásicos (cáncer)	49-56
Anestésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	24	Antineoplásicos (condiciones cutáneas)	56
Anestésicos (condiciones urinarias)	24	Medicamentos contra la obesidad (control del peso)	57
Antialérgicos (alergia y rociadores nasales)	24	Antiparasitarios (condiciones oculares)	57
Antiartríticos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	25-28	Antiparasitarios (infecciones)	58
Antiasmáticos (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	28-30	Medicamentos antiparkinsonianos (enfermedad de Parkinson)	58-60
Antibióticos (alergia/rociadores nasales)	30	Medicamentos antiplaquetarios (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	60
Antibióticos (medicamentos para los oídos)	30, 31	Antivíricos (SIDA/VIH)	60-63
Antibióticos (condiciones oculares)	31, 32	Antivíricos (condiciones oculares)	63
Antibióticos (infecciones)	32-37	Antivíricos (infecciones)	63-65
Antibióticos (condiciones cutáneas)	37, 38	Antivíricos (condiciones cutáneas)	65
Anticoagulantes (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	38-40	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (alergia/rociadores nasales)	65
Antídotos (condiciones gastrointestinales/ pirosis)	40	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (enfermedad de Alzheimer)	65
Antídotos (abuso de sustancias)	40	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	66
Antimicóticos (condiciones oculares)	40	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	66
Antimicóticos (productos femeninos)	40	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (condiciones urinarias)	66
Antimicóticos (infecciones)	41	Productos biológicos (alergia/rociadores nasales)	66, 67
Antimicóticos (condiciones cutáneas)	41, 42	Productos biológicos (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	67
Antihistamínicos y descongestivos combinados (alergia/rociadores nasales)	42	Productos biológicos (varios)	67
Antihistamínicos (alergia/rociadores nasales)	42	Productos biológicos (vacunas)	67-69
Antihistamínicos (condiciones oculares)	41, 42	Sangre (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	69, 70
Antihiper glucémicos (diabetes)	42-46		
Antiinfecciosos (productos femeninos)	46		
Antiinfecciosos (infecciones)	46		
Antiinfecciosos/Varios (productos femeninos)	46		
Antiinfecciosos/Varios (infecciones)	47		
Antiinfecciosos/Varios (varios)	48		

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento (cont.)

Condición	Página	Condición	Página
Sangre (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	71	Elect./calóricos/H2O (productos dentales)	96, 97
Medicamentos para enfermedades cardíacas (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	70-73	Elect./calóricos/H2O (diabetes)	97
Cardiovasculares (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	73, 74	Elect./calóricos/H2O (varios)	97
Cardiovasculares (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	74-78	Elect./calóricos/H2O (nutritivos/alimenticios)	97, 98
Cardiovasculares (medicamentos para el colesterol)	78	Elect./calóricos/H2O (condiciones urinarias)	99
Medicamentos para el sistema nervioso central (enfermedad de Alzheimer)	78	Gastrointestinales (medicamentos para el colesterol)	99
Medicamentos para el sistema nervioso central (varios)	82	Gastrointestinales (condiciones gastrointestinales/pirosis)	99-104
Medicamentos para el sistema nervioso central (esclerosis múltiple)	82, 83	Gastrointestinales (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	104
Medicamentos para el sistema nervioso central (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	83	Hormonas (agentes hormonales)	105-110
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos convulsivos)	83-86	Hormonas (infertilidad)	110, 111
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos del sueño/sedantes)	86	Hormonas (varias)	111
Factores estimulantes de colonias (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	86, 87	Hormonas (productos para la osteoporosis)	111
Anticonceptivos (productos anticonceptivos)	87, 88	Inmunosupresores (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	111, 112
Preparaciones para la tos/el resfrío (alergia/rociadores nasales)	89	Inmunosupresores (condiciones cutáneas)	112
Preparaciones para la tos/el resfrío (medicamentos para la tos/el resfrío)	89	Inmunosupresores (medicamentos para trasplante)	112, 113
DIAGNÓSTICO (Diabetes)	89, 90	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (diabetes)	113-122
Diagnóstico (varios)	90, 91	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (varios)	122, 123
Diuréticos (diuréticos)	91, 92	Relajantes musculares (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	124
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (alergia/rociadores nasales)	92	Vitaminas prenatales (nutritivas/alimenticias)	124
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (medicamentos para los oídos)	92, 93	Medicamentos psicoterapéuticos (ansiedad/depresión/trastorno bipolar)	125-129
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (condiciones oculares)	93-95	Medicamentos psicoterapéuticos (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	129, 130
Elect./calóricos/H2O (medicamentos para el colesterol)	96	Medicamentos psicoterapéuticos (varios)	131
		Medicamentos psicoterapéuticos (esquizofrenia/antipsicóticos)	131-133
		Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos del sueño/sedantes)	133
		Sedantes/hipnóticos (trastornos del sueño/sedantes)	133, 134
		Preparaciones cutáneas (varias)	134

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento (cont.)

Condición	Página	Condición	Página
Preparaciones cutáneas (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	135	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones gastrointestinales/pirosis)	146
Preparaciones cutáneas (condiciones cutáneas)	135-142	Productos farmacológicos no clasificados (agentes hormonales)	146
Agentes para dejar de fumar (productos para dejar de fumar)	142	Productos farmacológicos no clasificados (varios)	147-149
Preparaciones para la tiroides (agentes hormonales)	143	Productos farmacológicos no clasificados (nutritivos/alimenticios)	149, 150
Productos farmacológicos no clasificados (SIDA/VIH)	144	Productos farmacológicos no clasificados (productos para la osteoporosis)	150
Productos farmacológicos no clasificados (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	144	Productos farmacológicos no clasificados (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	150
Productos farmacológicos no clasificados (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	145	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones cutáneas)	150, 151
Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	145	Productos farmacológicos no clasificados (abuso de sustancias)	151
Productos farmacológicos no clasificados (cáncer)	145	Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para trasplante)	151
Productos farmacológicos no clasificados (productos dentales)	145	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones urinarias)	151, 152
Productos farmacológicos no clasificados (disfunción eréctil)	145, 146	Productos farmacológicos no clasificados (control del peso)	152
		Vitaminas (nutritivas/alimenticias)	152, 153

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS		
<i>butalbital/acetaminophen</i>	T1	
ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalb-aspirin-caffe 50-325-40</i>	T1	QL (6 tabs/day)
<i>butalbital-asa-caffeine cap</i> (Fiorinal)	T1	QL (6 caps/day)
FIORINAL (<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>)	T3	QL (6 caps/day)
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i>	T3	
<i>butalb-acetamin-caff 50-300-40</i> (Fioricet)	T1	QL (6 caps/day)
<i>butalb-acetamin-caff 50-325-40</i>	T1	QL (6 tabs/day)
ESGIC 50-325-40 MG TABLET (<i>butalbital-acetaminophen-caffe</i>)	T3	QL (6 tabs/day)
ESGIC CAPSULE (<i>zebutal</i>)	T3	QL (6 caps/day)
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
<i>choline salicyl/mag salicylate</i>	T1	HD
<i>diflunisal</i>	T1	HD
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T2	PA
AJOVY AUTOINJECTOR	T2	PA
AJOVY SYRINGE	T2	PA
<i>almotriptan malate</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
CAFERGOT (<i>ergotamine-caffeine</i>)	T3	QL (40 tabs/28 days)
<i>dihydroergotamine 1 mg/ml amp</i>	T1	QL (10 amps/30 days)
<i>eletriptan hydrobromide</i>	T1	QL (6 tabs/30 days)
EMGALITY PEN	T2	PA
EMGALITY SYRINGE	T2	PA
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	T1	
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i> (Cafergot)	T1	QL (40 tabs/28 days)
<i>frovatriptan succinate</i>	T1	QL (18 tabs/30 days)
<i>isomethept/dichlphn/acetaminop</i>	T1	
<i>isomethepten/caf/acetaminophen</i>	T1	
<i>naratriptan hcl</i>	T1	QL (9 tabs/30 days)
NURTEC ODT	T2	PA QL (16 tabs/30 days)
<i>rizatriptan 10 mg odt</i> (Maxalt Mlt)	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>rizatriptan 10 mg tablet</i> (Maxalt)	T1	QL (12 tabs/30 days)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS (cont.)		
<i>rizatriptan 5 mg odt</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>rizatriptan 5 mg tablet</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>rizatriptan benzoate</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>rizatriptan benzoate (Maxalt Mlt)</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>rizatriptan benzoate (Maxalt)</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>sumatriptan</i>	T1	QL (2 boxes/30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml cart</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml cart</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml inject</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml syrng</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml vial</i>	T1	QL (5ml/30 days)
<i>sumatriptan succ 100 mg tablet</i>	T1	QL (9 tabs/30 days)
<i>sumatriptan succ 25 mg tablet</i>	T1	QL (9 tabs/30 days)
<i>sumatriptan succ 50 mg tablet</i>	T1	QL (9 tabs/30 days)
<i>sumatriptan succ/naproxen sod</i>	T1	QL (18 tabs/30 days)
UBRELVY	T2	PA QL (0.67 tabs/day)
ZAVZPRET	T2	PA QL (6 units/30 days)
<i>zolmitriptan</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
<i>diclofenac potassium</i>	T1	HD
<i>ketorolac 10 mg tablet</i>	T1	QL (20 tabs/25 days)
<i>ketorolac 15 mg/ml syringe</i>	T1	QL (40 ml/30 days)
<i>ketorolac 15 mg/ml vial</i>	T1	QL (40mg/30 days)
<i>ketorolac 30 mg/ml carpject</i>	T1	
<i>ketorolac 30 mg/ml isecure syr</i>	T1	QL (20ml/30 days)
<i>ketorolac 30 mg/ml syringe</i>	T1	QL (20ml/30 days)
<i>ketorolac 30 mg/ml vial</i>	T1	QL (4 mls/day)
<i>ketorolac 300 mg/10 ml vial</i>	T1	
<i>ketorolac 60 mg/2 ml carpject</i>	T1	QL (20ml/30 days)
<i>ketorolac 60 mg/2 ml syringe</i>	T1	QL (20ml/30 days)
<i>ketorolac 60 mg/2 ml vial</i>	T1	QL (20ml/30 days)
<i>mefenamic acid</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS		
<i>acetamin-codein 300-30 mg/12.5</i>	T1	
<i>acetaminop-codeine 120-12 mg/5</i>	T1	
<i>acetaminophen-cod #2 tablet</i>	T1	PA
<i>acetaminophen-cod #3 tablet</i>	T1	PA
<i>acetaminophen-cod #4 tablet</i>	T1	PA
APADAZ	T3	
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	T1	
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	T1	PA
<i>hydrocodone/acetaminophen (Hydrocodone-acetaminophen)</i>	T1	PA
<i>hydrocodone/acetaminophen (Norco)</i>	T1	PA
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	T1	PA
LORTAB	T1	PA
NALOCET	T1	PA
NORCO (<i>lorcet hd</i>)	T3	PA
NORCO (<i>lorcet plus</i>)	T3	PA
NORCO (<i>lorcet</i>)	T3	PA
<i>oxycodone hcl/acetaminophen (Nalocet)</i>	T1	PA
<i>oxycodone hcl/acetaminophen (Percocet)</i>	T1	PA
<i>oxycodone hcl/acetaminophen (Primlev)</i>	T1	PA
PRIMLEV	T1	PA
<i>tramadol hcl/acetaminophen (Ultracet)</i>	T1	
ULTRACET (<i>tramadol hcl-acetaminophen</i>)	T3	
COMBINACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	T1	PA
<i>hydrocodone/ibuprofen (lbudone)</i>	T1	PA
IBUDONE	T1	PA
<i>ibuprofen/oxycodone hcl</i>	T1	PA
COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS Y XANTINAS		
ACETAMIN-CAFF-DIHYDROCODEINE	T1	PA
<i>acetaminophen/caff/dihydrocod (Acetamin-caff-dihydrocodeine)</i>	T1	PA
<i>acetaminophen/caff/dihydrocod (Trezix)</i>	T1	PA
TREZIX	T3	PA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES		
ACTIQ (<i>fentanyl citrate</i>)	T3	PA
ARYMO ER	T3	PA
BELBUCA	T2	QL (2 films/day)
<i>buprenorphine</i> (Butrans)	T1	QL (4 patches/28 days)
<i>butorphanol tartrate</i>	T1	PA QL (6 bots/30 days)
BUTRANS (<i>buprenorphine</i>)	T3	QL (4 patches/28 days)
<i>codeine sulfate</i>	T1	PA
DURAGESIC (<i>fentanyl</i>)	T3	PA
<i>fentanyl</i>	T1	PA
<i>fentanyl</i> (Duragesic)	T1	PA
FENTANYL CITRATE	T1	PA
<i>fentanyl citrate</i> (Actiq)	T1	PA
FENTORA	T3	PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> (Hysingla Er)	T1	PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> (Zohydro Er)	T1	PA
<i>hydromorphone hcl</i>	T1	PA
<i>hydromorphone hcl</i> (Dilaudid)	T1	PA
HYSINGLA ER (<i>hydrocodone bitartrate er</i>)	T2	PA
KADIAN (<i>morphine sulfate er</i>)	T3	PA
LAZANDA	T3	PA
<i>meperidine hcl</i>	T1	PA
MORPHABOND ER	T2	PA
<i>morphine sulfate</i>	T1	PA
<i>morphine sulfate</i> (Kadian)	T1	PA
<i>morphine sulfate</i> (Ms Contin)	T1	PA
MS CONTIN (<i>morphine sulfate er</i>)	T3	PA
NUCYNTA	T2	PA
NUCYNTA ER	T3	PA
<i>opium/belladonna alkaloids</i>	T1	PA
OXAYDO	T3	PA
<i>oxycodone hcl (ir) 10 mg tab</i>	T1	PA
<i>oxycodone hcl (ir) 15 mg tab</i> (Roxicodone)	T1	PA
<i>oxycodone hcl (ir) 20 mg tab</i>	T1	PA
<i>oxycodone hcl (ir) 30 mg tab</i> (Roxicodone)	T1	PA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
<i>oxycodone hcl (ir) 5 mg cap</i>	T1	PA
<i>oxycodone hcl (ir) 5 mg tablet (Roxicodone)</i>	T1	PA
<i>oxycodone hcl 100 mg/5 ml conc</i>	T1	PA
<i>oxycodone hcl 5 mg/5 ml cup</i>	T1	PA
<i>oxycodone hcl 5 mg/5 ml soln</i>	T1	PA
OXYCODONE HCL ER	T1	PA
<i>oxymorphone hcl</i>	T1	PA
<i>pentazocine hcl/naloxone hcl</i>	T1	PA
ROXYBOND	T3	PA
<i>tramadol 50 mg tablet</i>	T1	QL (8 tabs/day)
TRAMADOL 75 MG TABLET	T3	QL (< 18 yo 5 tabs/day)
TRAMADOL ER 100 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
<i>tramadol er 100 mg, 200mg, 300mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
TRAMADOL HCL ER 150 MG, 200 MG, 300 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
<i>tramadol hcl er 200 mg, 300 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>tramadol hcl er 200 mg, 300 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
ULTRAM (<i>tramadol hcl</i>)	T3	QL (8 tabs/day)
XTAMPZA ER	T2	PA
ZOHYDRO ER (<i>hydrocodone bitartrate er</i>)	T3	PA
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>codeine/butalbital/asa/cafein (Fiorinal With Codeine #3)</i>	T1	PA
FIORINAL WITH CODEINE #3 (<i>butalbital compound-codeine</i>)	T3	PA
ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalbit/acetamin/caff/codeine</i>	T1	PA
<i>butalbit/acetamin/caff/codeine (Fioricet With Codeine)</i>	T1	PA
FIORICET WITH CODEINE (<i>butalb-acetaminoph-caff-codeine</i>)	T3	PA
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS, ANALGÉSICOS SALICILATOS, OPIOIDES		
<i>carisoprodol/aspirin/codeine</i>	T1	PA
ANALGÉSICOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS		
ELMIRON	T3	
RIMSO-50	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANESTÉSICOS (Varios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN		
<i>desflurane</i> (Suprane)	T1	
<i>isoflurane</i>	T1	
<i>isoflurane</i>	T3	
<i>sevoflurane</i> (Ultane)	T1	
ULTANE (<i>sevoflurane</i>)	T3	
ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine hcl</i>	T1	
ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS		
<i>desflurane</i> (Suprane)	T1	
<i>isoflurane</i>	T1	
<i>isoflurane</i>	T3	
<i>sevoflurane</i> (Ultane)	T1	
SUPRANE	T3	
ULTANE (<i>sevoflurane</i>)	T3	
<i>lidocaine</i> 5% ointment	T1	QL (145gm/30 days)
<i>lidocaine</i> 5% patch (Lidocan II)	T1	
<i>lidocaine</i> 5% patch (Lidoderm)	T1	
<i>lidocaine hcl</i>	T1	
<i>lidocaine/prilocaine</i>	T1	
LIDODERM (<i>lidocaine</i>)	T3	
PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY	T3	
ZTLIDO	T2	
ANESTÉSICOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES ANESTÉSICOS/ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS (COLORANTES AZODERIVADOS)		
<i>phenazopyridine hcl</i> (Pyridium)	T1	
ANTIALÉRGICOS (Alergia/rociadores nasales)		
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS		
<i>cromolyn</i> 100 mg/5 ml oral conc (Gastrocrom)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
DISALCID (<i>salsalate</i>)	T3	HD
<i>salsalate</i> (Disalcid)	T1	HD
AGENTES ANTIARTRÍTICOS Y QUELANTES		
DEPEN (<i>penicillamine</i>)	T4	PA SP
<i>penicillamine</i> (Depen)	T4	PA SP
AGENTES ANTIARTRÍTICOS, ANTAGONISTAS DE LOS FOLATOS		
OTREXUP	T2	PA
ANTIINFLAMATORIOS, INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINAS		
ARAVA (<i>leflunomide</i>)	T3	HD
<i>leflunomide</i> (Arava)	T1	HD
ANTIINFLAMATORIOS, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
OTEZLA 10-20 MG STARTER 28 DAY	T4	PA QL(55 tabs/365 days) SP HD
OTEZLA 10-20-30MG START 28 DAY	T4	PA QL(55 tabs/365 days) SP HD
OTEZLA 20 MG TABLET	T4	PA QL(2 tabs/day) SP HD
OTEZLA 30 MG TABLET	T4	PA QL (2 tabs/day) SP HD
ANTIINFLAMATORIOS, MOD. SELECT. COESTIM., INHIBIDORES DE CÉLULAS T		
ORENCIA	T4	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ORENCIA CLICKJECT	T4	PA QL (4 injectors/28 days) SP HD
COLCHICINA		
<i>colchicine 0.6 mg capsule</i>	T1	HD
COLCHICINE	T1	HD
<i>colchicine 0.6 mg capsule</i> (Mitigare)	T1	HD
<i>colchicine 0.6 mg tablet</i> (Colcrys)	T1	HD
COLCRYS (<i>colchicine</i>)	T3	HD
MITIGARE	T2	HD
SALES DE ORO		
RIDAURA	T3	
TRAT. DE LA HIPERURICEMIA - INHIBIDORES DE LA XANTINA OXIDASA		
<i>allopurinol</i> (Zyloprim)	T1	HD
<i>febuxostat 80 mg tablet</i> (Uloric)	T1	HD
LEQSELVI	T4	PA QL(2 tabs/day) SP HD
ULORIC 40 MG TABLET (<i>febuxostat</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
ULORIC 80 MG TABLET (<i>febuxostat</i>)	T3	HD
ZYLOPRIM (<i>allopurinol</i>)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
LITFULO	T4	PA QL (1 cap/day) SP HD
OLUMIANT	T4	PA QL (1 tab/day) SP HD
RINVOQ	T4	PA QL (1 tab/day) SP HD
RINVOQ LQ	T4	PA QL (12 mls/day) SP HD
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	T4	PA QL (480ml/22 days) SP HD
XELJANZ 10 MG TABLET	T4	PA QL (2 tabs/day) SP HD
XELJANZ 5 MG TABLET	T4	PA QL (2 tabs/day) SP HD
XELJANZ XR	T4	PA QL (1 tab/day) SP HD
COMB. CONTRAIRRITANTE DE ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDEO Y RUBEFACIENTE TÓPICO		
COMFORT PAC-IBUPROFEN	T3	
COMFORT PAC-MELOXICAM	T3	
COMFORT PAC-NAPROXEN	T3	
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (INHIB. NO ESPECÍFICOS DE LA COX) Y ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA		
ARTHROTEC 50 (<i>diclofenac sodium-misoprostol</i>)	T3	ST HD
ARTHROTEC 75 (<i>diclofenac sodium-misoprostol</i>)	T3	ST HD
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i> (Arthrotec 50)	T1	HD
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i> (Arthrotec 75)	T1	HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
ANAPROX DS (<i>naproxen sodium ds</i>)	T3	ST HD
DAYPRO (<i>oxaprozin</i>)	T3	ST HD
<i>diclofenac sod dr 25 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod dr 50 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod dr 75 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod ec 25 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod ec 50 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod ec 75 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sodium</i>	T1	HD
EC-NAPROSYN (<i>naproxen</i>)	T3	ST HD
<i>etodolac</i>	T1	HD
<i>etodolac</i> (Lodine)	T1	HD
FELDENE (<i>piroxicam</i>)	T3	ST HD
<i>fenoprofen 600 mg tablet</i>	T1	HD
<i>flurbiprofen</i>	T1	HD
<i>ibuprofen</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)		
<i>indomethacin</i>	T1	HD
<i>indomethacin 25 mg/5 ml susp</i>	T1	HD
LODINE (<i>etodolac</i>)	T3	ST HD
<i>meclofenamate sodium</i>	T1	HD
<i>meloxicam 15 mg tablet</i>	T1	HD
<i>meloxicam 7.5 mg tablet (Mobic)</i>	T1	HD
<i>meloxicam (Mobic)</i>	T1	HD
MOBIC (<i>meloxicam</i>)	T3	ST HD
<i>nabumetone</i>	T1	HD
NALFON 600 MG TABLET (<i>profeno</i>)	T1	ST HD
NAPROSYN TABLET (<i>naproxen</i>)	T3	ST HD
<i>naproxen dr 375 mg tablet (Ec-Naprosyn)</i>	T1	HD
<i>naproxen dr 500 mg tablet (Ec-Naprosyn)</i>	T1	HD
<i>naproxen tablet</i>	T1	HD
<i>naproxen (Ec-naprosyn)</i>	T1	HD
<i>naproxen (Naprosyn)</i>	T1	HD
<i>naproxen sodium (Anaprox Ds)</i>	T1	HD
<i>oxaprozin 600 mg caplet (Daypro)</i>	T1	HD
<i>oxaprozin 600 mg tablet (Daypro)</i>	T1	HD
OXAPROZIN 300 MG CAPSULE	T3	HD
<i>piroxicam (Feldene)</i>	T1	HD
QMIIZ ODT 15 MG TABLET	T3	ST HD
QMIIZ ODT 7.5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
<i>tolmetin sodium</i>	T1	HD
<i>tolmetin sodium (Tolectin 600)</i>	T1	HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, INHIBIDOR SELECTIVO DE LA CICLOOXIGENASA-2 (COX-2)		
<i>celecoxib 100 mg capsule (Celebrex)</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>celecoxib 200 mg capsule (Celebrex)</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>celecoxib 400 mg capsule (Celebrex)</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>celecoxib 50 mg capsule (Celebrex)</i>	T1	QL (2 caps/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES URICOSÚRICOS		
<i>probenecid</i>	T1	HD
<i>probenecid/colchicine</i>	T1	HD

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)

INHIBIDORES DE LA 5-LIPOXIGENASA

<i>zileuton</i>	T1	HD
-----------------	----	----

ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN PROLONGADA

INCRUSE ELLIPTA	T2	HD
LONHALA MAGNAIR STARTER & REFILL	T3	PA HD
STRIVERDI RESPIMAT	T2	QL(1 inhaler/30 days) HD
SPIRIVA RESPIMAT	T2	HD

ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN RÁPIDA

ATROVENT HFA	T2	HD
<i>ipratropium bromide</i>	T1	HD

AGENTES ADRENÉRGICOS BETA

<i>albuterol sulf 2 mg/5 ml syrup</i>	T1	HD
<i>albuterol 8 mg/20 ml syrup cup</i>	T1	HD

AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA

<i>albuterol 15 mg/3 ml solution</i>	T1	
<i>albuterol 75 mg/15 ml soln</i>	T1	
<i>albuterol sulfate 2 mg, 4 mg tab</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate er 8 mg tab</i>	T1	HD
<i>metaproterenol sulfate</i>	T1	HD
<i>terbutaline sulfate</i>	T1	HD
<i>albuterol 2.5 mg/0.5 ml sol</i>	T1	
<i>albuterol 5 mg/ml solution</i>	T1	
<i>albuterol sul 0.63 mg/3 ml sol</i>	T1	
<i>albuterol sul 1.25 mg/3 ml sol</i>	T1	
<i>albuterol sul 2.5 mg/3 ml soln</i>	T1	
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler (Albuterol Sulfate Hfa)</i>	T1	QL (8.5gm/30 days)
ALBUTEROL SULFATE HFA	T1	QL (8.5gm/30 days)
<i>levalbuterol hcl (Xopenex Concentrate)</i>	T1	
<i>levalbuterol hcl (Xopenex)</i>	T1	
XOPENEX (<i>levalbuterol hcl</i>)	T3	
XOPENEX CONCENTRATE (<i>levalbuterol concentrate</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS		
AIRSUPRA	T2	QL(2 inhalers/28 days) HD
ANORO ELLIPTA	T2	HD
COMBIVENT RESPIMAT	T2	QL(2 inhalers/30 days)
<i>ipratropium/albuterol sulfate</i>	T2	HD
STIOLTO RESPIMAT INHAL SPRAY	T2	HD
COMBO DE AGENTES ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS		
AIRDUO DIGIHALER	T3	ST HD
<i>budesonide/formoterol fumarate</i> (Symbicort)	T1	QL HD
DULERA	T2	HD
<i>fluticasone propion/salmeterol</i> (Advair Diskus)	T1	QL(1 inhaler/30 days)
<i>fluticasone-salmeterol 100-50</i> (Advair Diskus)	T1	QL(1 inhaler/30 days) HD
<i>fluticasone-salmeterol 250-50</i> (Advair Diskus)	T1	QL(1 inhaler/30 days) HD
<i>fluticasone-salmeterol 500-50</i> (Advair Diskus)	T1	QL(1 inhaler/30 days) HD
FLUTICASONE-SALMETEROL 113-14	T1	QL(1 inhaler/30 days) HD
FLUTICASONE-SALMETEROL 232-14	T1	QL(1 inhaler/30 days) HD
FLUTICASONE-SALMETEROL 55-14	T1	QL(1 inhaler/30 days) HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS POR VÍA ORAL, ACCIÓN PROLONGADA		
<i>arformoterol tartrate</i> (Brovana)	T1	QL(4 mls/day) HD
<i>formoterol fumarate</i> (Perforomist)	T1	QL(240 mls/30 days) HD
ADRENÉRGICOS BETA-ANTICOLINÉRGICOS-GLUCOCORT., INHALADOS		
BREZTRI AEROSPHERE	T2	
TRELEGY ELLIPTA	T2	
GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL		
ALVESCO	T2	QL(1 inhaler/30 days) HD
ASMANEX HFA	T3	QL(1 inhaler/30 days) HD
ASMANEX TWISTHALER	T2	QL
ASMANEX TWISTHALER 110 MCG #30	T2	QL(1 inhaler/30 days) HD
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG #14	T2	HD
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG #30	T2	QL(1 inhaler/30 days) HD
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG #60	T2	QL(1 Inhaler/30 days) HD
ASMANEX TWISTHALR 220 MCG #120	T2	QL(1 Inhaler/30 days) HD
<i>budesonide</i> (Pulmicort)	T1	HD
FLOVENT DISKUS	T2	HD
FLOVENT HFA	T2	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL (cont.)		
FLUTICASONE PROP 100MCG DISKUS	T3	QL HD
FLUTICASONE PROP 250 MCG DISK	T3	QL HD
FLUTICASONE PROP 50 MCG DISKUS	T3	QL HD
QVAR REDHALER	T2	
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
FASENRA PEN	T4	PA SP HD
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LEUCOTRIENOS		
ACCOLATE (zafirlukast)	T3	HD
montelukast sodium (Singulair)	T1	HD
zafirlukast (Accolate)	T1	HD
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS, INHALADOS ORALMENTE		
cromolyn 20 mg/2 ml neb soln	T1	QL (480ml/30 days) HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES A LA INMUNOGLOBULINA E (IGE)		
XOLAIR	T4	PA SP HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES - ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5		
NUCALA	T4	PA SP HD
MUCOLÍTICOS		
acetylcysteine	T1	
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
DALIRESP 250 MCG TABLET	T3	QL (28 tabs/180 days) HD
DALIRESP 500 MCG TABLET	T3	QL (2 tabs/day) HD
roflumilast 250 mcg tablet (Daliresp)	T3	QL (28 tabs/180 days) HD
roflumilast 500 mcg tablet (Daliresp)	T3	QL (2 tabs/day) HD
XANTINAS		
THEO-24	T2	HD
theophylline anhydrous	T1	HD
ANTIBIÓTICOS (Alergia/rociadores nasales)		
PREPARACIONES NAALES ANTIBIÓTICAS		
BACTROBAN NASAL	T2	
ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos)		
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICAS		
ciprofloxacin hcl	T1	
CORTISPORIN-TC	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICAS (cont.)		
neomycin/polymyxin b/hydrocort	T1	
ofloxacin	T1	
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS		
ciprofloxacin hcl/dexameth	T1	
OTOVEL	T3	
ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares)		
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES		
neomycin/bacit/p-myx/hydrocort	T1	
neomycin/polymyxin b/dexametha (Maxitrol)	T1	
neomycin/polymyxin b/hydrocort	T1	
TOBRADEX	T3	
TOBRADEX (tobramycin-dexamethasone)	T3	
TOBRADEX EYE OINTMENT	T3	
TOBRADEX ST	T2	
TOBRADEX ST 0.3-0.05% DROP	T2	
tobramycin/dexamethasone (Tobradex)	T1	
ZYLET	T3	
SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS		
BLEPH-10 (sulfacetamide sodium)	T3	
BLEPHAMIDE	T3	
sulfacetamide sodium	T1	
sulfacetamide sodium (Bleph-10)	T1	
sulfacetamide/prednisolone sp	T1	
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS		
AZASITE	T2	
AZASITE 1% EYEDROPS	T2	
BACIGUENT (bacitracin)	T3	
bacitracin	T1	
bacitracin (Baciguent)	T1	
bacitracin/polymyxin b sulfate	T1	
BESIVANCE	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS (cont.)		
BESIVANCE 0.6% SUSP	T2	
erythromycin base	T1	
gatifloxacin	T1	
gentamicin sulfate	T1	
levofloxacin	T1	
metronidazole (Flagyl)	T1	
MOXEZA (moxifloxacin)	T3	
moxifloxacin hcl (Moxeza)	T1	
moxifloxacin hcl (Vigamox)	T1	
neomycin sulf/bacitracin/poly	T1	
neomycin/polymyxn b/gramicidin	T1	
ofloxacin (Ocuflox)	T1	
tobramycin 0.3% eye drop	T1	

ANTIBIÓTICOS (Infecciones)

AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES

BACTRIM (sulfamethoxazole-trimethoprim)	T3	
BACTRIM DS (sulfamethoxazole-trimethoprim)	T3	
sulfadiazine	T1	
sulfamethoxazole/trimethoprim	T1	
sulfamethoxazole/trimethoprim (Bactrim Ds)	T1	
sulfamethoxazole/trimethoprim (Bactrim)	T1	

ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS

ARIKAYCE	T4	PA SP
gentamicin sulfate	T1	
gentamicin sulfate/pf	T1	
KITABIS PAK	T4	PA QL (10ml/day) SP HD
neomycin sulfate	T1	
TOBI PODHALER	T4	PA QL (8 caps/day) SP HD
tobramycin 20 mg/2 ml vial	T1	
tobramycin 300 mg/4 ml ampule	T4	QL (8 ml/day) SP HD
tobramycin 300 mg/5 ml ampule	T4	PA QL (10ml/day) SP HD
tobramycin 40 mg/ml vial	T1	
tobramycin 80 mg/2 ml vial	T1	
tobramycin 1.2 gm vial	T1	PA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS (cont.)		
<i>tobramycin 1.2 gram/30 ml vial</i>	T1	
TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5 ML	T4	PA QL (10ml/day) SP HD
<i>tobramycin 300 mg/5 ml ampule</i>	T4	PA QL (10ml/day) SP HD
<i>tobramycin 40 mg/ml vial</i>	T1	
<i>tobramycin 80 mg/2 ml vial</i>	T1	
TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5 ML	T3	PA QL (10ml/day) SP HD
AGENTES ANTIBACTERIANOS-ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS		
FLAGYL (<i>metronidazole</i>)	T3	
LIKMEZ	T3	PA
ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<i>fosfomycin tromethamine (Monurol)</i>	T1	
<i>methen/mbblue/sal/sod phos/hyos</i>	T1	
<i>methenam/m.blue/salicyl/hyoscy</i>	T1	
<i>methenamine hippurate</i>	T1	
<i>methenamine mandelate</i>	T1	
MONUROL (<i>fosfomycin tromethamine</i>)	T3	
PRIMSOL	T3	
<i>trimethoprim</i>	T1	
UTA	T3	
ANTILEPROSOS		
<i>dapsone</i>	T1	
THALOMID	T4	PA SP HD
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS		
<i>ethambutol hcl</i>	T1	HD
<i>isoniazid</i>	T1	HD
PASER	T3	HD
<i>pyrazinamide</i>	T1	HD
<i>rifabutin</i>	T1	HD
TRECTOR	T3	HD
ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS		
<i>cycloserine</i>	T1	
CYCLOSERINE	T1	
PRETOMANID	T3	PA QL (1 tab/day)
PRIFTIN	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS (cont.)		
RIFAMATE	T3	
<i>rifampin</i>	T1	
RIFATER	T3	
SIRTURO	T4	SP
BETALACTAMASAS		
CAYSTON	T4	PA QL (3ml/day) SP HD
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 1.º GENERACIÓN		
<i>cefadroxil</i>	T1	
<i>cephalexin</i>	T1	
<i>cephalexin</i> (Keflex)	T1	
DAXBIA	T3	
KEFLEX (<i>cephalexin</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.º GENERACIÓN		
<i>cefaclor</i>	T1	
<i>cefprozil</i>	T1	
<i>cefuroxime axetil</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.º GENERACIÓN		
<i>cefixime</i> (Suprax)	T1	
<i>cefopodoxime proxetil</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS		
CLEOCIN PEDIATRIC (<i>clindamycin</i> (<i>pediatric</i>))	T3	
<i>clindamycin hcl</i> (Cleocin Hcl)	T1	
<i>clindamycin palmitate hcl</i> (Cleocin Pediatric)	T1	
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 1 gm pwd packet</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 100 mg/5 ml susp</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 200 mg/5 ml susp</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 200 mg/5 ml susp</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 250 mg tablet</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 500 mg tablet</i> (Zithromax Tri-pak)	T1	
<i>azithromycin 600 mg tablet</i>	T1	
<i>clarithromycin</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS (cont.)		
DIFICID 200 MG TABLET	T3	QL (28 tabs/28 days)
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	T3	QL (5ml/day)
ERYPED 200 (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	T3	
ERY-TAB (<i>erythromycin</i>)	T3	
<i>erythromycin base</i>	T1	
<i>erythromycin base</i>	T3	
<i>erythromycin base</i> (Ery-tab)	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T3	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 200)	T1	
<i>erythromycin stearate</i>	T1	
PCE	T3	
ZITHROMAX 1 GM POWDER PACKET (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 100 MG/5 ML SUSP (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 200 MG/5 ML SUSP (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 200 MG/5 ML SUSP (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 250 MG TABLET (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 250 MG Z-PAK TABLET (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 500 MG TABLET (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX TRI-PAK (<i>azithromycin</i>)	T3	
AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS		
FURADANTIN (<i>nitrofurantoin</i>)	T3	
MACROBID (<i>nitrofurantoin mono-macro</i>)	T3	
<i>nitrofurantoin 25 mg/5 ml susp</i> (Furadantin)	T1	
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i> (Macrobid)	T1	
<i>nitrofurantoin suspension</i>	T1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	T1	
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i> (Macrobid)	T1	
ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS		
<i>linezolid</i> (Zyvox)	T1	PA
SIVEXTRO	T3	PA
ZYVOX (<i>linezolid</i>)	T3	PA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<i>amoxicillin</i>	T1	
<i>amoxicillin/potassium clav</i> (Augmentin Es-600)	T1	
<i>ampicillin trihydrate</i>	T1	
<i>dicloxacillin sodium</i>	T1	
MOXATAG	T3	
<i>penicillin v potassium</i>	T1	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA		
XENLETA	T3	PA QL (10 tabs/30 days)
ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS		
AVELOX (<i>moxifloxacin hcl</i>)	T3	
BAXDELA	T3	PA
CIPRO (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	T3	
CIPRO (<i>ciprofloxacin</i>)	T3	
<i>ciprofloxacin</i> (Cipro)	T1	
<i>ciprofloxacin hcl</i>	T1	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Cipro)	T1	
<i>ciprofloxacin/ciprofloxacin hcl</i>	T1	
FACTIVE	T3	
<i>levofloxacin</i>	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Avelox)	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	
RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES		
AEMCOLO	T3	QL (12 tabs/3 days)
XIFAXAN 200 MG TABLET	T2	
XIFAXAN 550 MG TABLET	T2	QL (126 tabs/year)
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA		
<i>coremino er 135 mg tablet</i>	T1	
<i>coremino er 45 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>coremino er 90 mg tablet</i>	T1	
<i>demeclocycline hcl</i>	T1	
<i>doxycycline 50 mg tablet</i> (Targadox)	T1	
<i>doxycycline hyclate</i>	T1	
<i>minocycline er 115 mg tablet</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA (cont.)		
<i>minocycline er 45 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>minocycline er 55 mg, 65 mg, 80 mg, 90mg tablet</i>	T1	
<i>minocycline hcl</i>	T1	
NUZYRA	T4	PA QL (30 tablets/28 days) SP
<i>tetracycline 250 mg capsule</i>	T1	
<i>tetracycline 500 mg capsule</i>	T1	
VIBRAMYCIN	T3	
VIBRAMYCIN (<i>doxycycline monohydrate</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS VAGINALES		
CLEOCIN	T3	
CLEOCIN (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
<i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin)	T1	
<i>metronidazole</i> (Metrogel-vaginal)	T1	
ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS		
<i>vancomycin 250 mg/5 ml soln</i>	T1	
<i>vancomycin 50 mg/ml solution</i>	T1	
<i>vancomycin hcl 125 mg capsule</i> (Vancocin Hcl)	T1	
<i>vancomycin hcl 250 mg capsule</i> (Vancocin Hcl)	T1	
<i>vancomycin hcl</i> (Firvanq)	T1	
ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS		
NEO-SYNALAR	T3	
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
BENZAMYCIN (<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>)	T3	
CENTANY	T3	
CENTANY AT	T3	
CLEOCIN T (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
CLINDACIN ETZ KIT	T3	
CLINDACIN PAC	T3	
<i>clindamycin phosphate</i>	T1	
<i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin T)	T1	
<i>clindamycin phosphate</i> (Evoclin)	T1	
<i>erythromycin base in ethanol</i>	T1	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i> (Benzamycin)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
EVOCLIN (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
<i>mupirocin</i> (Centany)	T1	
<i>mupirocin calcium</i>	T1	
XEPI	T3	
SULFONAMIDAS TÓPICAS		
AVAR 9.5-5% CLEANSING PADS	T3	
<i>avar cleanser</i> (Rosanil)	T1	
AVAR LS	T3	
<i>mafenide acetate</i>	T1	
ROSANIL (<i>sodium sulfacetamide-sulfur</i>)	T1	
SILVADENE (<i>ssd</i>)	T3	
<i>silver sulfadiazine</i> (Silvadene)	T1	
<i>sulfacetamide sod/sulfur/urea</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i> (Avar-e Green)	T1	
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i> (Rosanil)	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur/cleansr23</i>	T1	
<i>sulfact sod/sulur/avob/otn/oct</i>	T1	
SULFAMYLON	T3	
ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
ANTICOAGULANTES CUMARÍNICOS		
<i>warfarin sodium</i>	T1	HD
CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES		
ACD SOLUTION A	T3	
ACD-A SOLUTION	T3	
ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE	T3	
CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE	T1	
SODIUM CITRATE	T1	
INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA		
BEVYXXA	T3	QL (42 caps/42 days)
ELIQUIS	T2	
<i>rivaroxaban</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA (cont.)		
XARELTO	T2	
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS		
ARIXTRA (<i>fondaparinux sodium</i>)	T4	QL (1 syringe/day) SP
<i>enoxaparin 100 mg/ml syringe</i> (Lovenox)	T4	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 120 mg/0.8 ml syr</i> (Lovenox)	T4	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 150 mg/ml syringe</i> (Lovenox)	T4	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr</i> (Lovenox)	T4	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 300 mg/3 ml vial</i> (Lovenox)	T4	QL (1 vial/day) SP
<i>enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr</i> (Lovenox)	T4	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr</i> (Lovenox)	T4	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 80 mg/0.8 ml syr</i> (Lovenox)	T4	QL (2 syringes/day) SP
<i>fondaparinux sodium</i> (Arixtra)	T4	QL (1 syringe/day) SP
FRAGMIN	T4	QL (2ml/day) SP
<i>heparin 10, 000 unit/10 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 30, 000 unit/30 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 40, 000 unit/4 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 50, 000 unit/10 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 50, 000 unit/5 ml vial</i>	T1	
<i>heparin sod 1, 000 unit/ml vial</i>	T1	
<i>heparin sod 10, 000 unit/ml vl</i>	T1	
<i>heparin sod 20, 000 unit/ml vl</i>	T1	
<i>heparin sod 2,000 unit/ml vl</i>	T1	
<i>heparin sod 5, 000 unit/0.5 ml</i>	T1	
HEPARIN SOD 5, 000 UNIT/0.5 ML	T1	
<i>heparin sod 5, 000 unit/0.5 ml</i> (Heparin Sodium)	T1	
<i>heparin sod 5, 000 unit/ml syrg</i>	T3	
<i>heparin sod 5, 000 unit/ml vial</i>	T1	
LOVENOX 100 MG/ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T4	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 120 MG/0.8 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T4	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 150 MG/ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T4	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 30 MG/0.3 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T4	QL (2 syringes/day) SP
INHIBIDORES DE LA TROMBINA, SELECTIVOS, DIRECTOS Y REVERSIBLES		
<i>dabigatran etexilate</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS (cont.)		
LOVENOX 300 MG/3 ML VIAL (enoxaparin sodium)	T4	QL (1 vial/day) SP
LOVENOX 40 MG/0.4 ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T4	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 60 MG/0.6 ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T4	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 80 MG/0.8 ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T4	QL (2 syringes/day) SP
ANTÍDOTOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA		
MOVANTIK	T2	PA
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SYRINGE	T3	PA
RELISTOR 12 MG/0.6 ML VIAL	T3	PA
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SYRINGE	T3	PA
SYMPROIC	T2	PA
ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias)		
ANTAGONISTAS OPIOIDES		
naloxone 0.4 mg/ml carpject	T1	
naloxone 0.4 mg/ml vial	T1	
NALOXONE 2 MG AUTO-INJECTOR	T3	QL (0.8ml/day)
naloxone 2 mg/2 ml syringe	T1	
naloxone 4 mg/10 ml vial	T1	
naltrexone hcl	T1	QL(180 tabs/30 days)
NARCAN	T2	QL (2 units/30 days)
OPVEE	T3	QL (2 units/30 days)
REXTOVY	T2	QL (2 units/30 days)
ZIMHI	T3	QL (2 units/30 days)
ANTIMICÓTICOS (Condiciones oculares)		
AGENTES ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS		
NATACYN	T3	
ANTIMICÓTICOS (Productos femeninos)		
ANTIMICÓTICOS VAGINALES		
GYNAZOLE 1	T1	
miconazole nitrate	T1	
terconazole	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Infecciones)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIMICÓTICOS		
ANCOBON (<i>flucytosine</i>)	T3	
<i>clotrimazole</i>	T1	
CRESEMBA	T3	PA
fluconazole	T1	
<i>flucytosine</i> (Ancobon)	T1	
<i>itraconazole</i>	T1	
<i>ketoconazole</i>	T1	
NOXAFIL	T3	
NOXAFIL 40 MG/ML SUSPENSION (<i>posaconazole</i>)	T3	
ORAVIG	T3	
<i>posaconazole</i> (Noxafil)	T1	
<i>terbinafine hcl</i>	T1	
VFEND (<i>voriconazole</i>)	T3	PA
VIVJOA	T4	PA SP
<i>voriconazole</i> (Vfend)	T1	PA
ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS		
GRIS-PEG (<i>griseofulvin ultramicrosize</i>)	T3	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> (Gris-peg)	T1	
<i>griseofulvin ultra 125 mg tab</i>	T1	
<i>griseofulvin ultra 165 mg tab</i>	T1	QL(4 tabs/day)
<i>griseofulvin ultra 250 mg tab</i>	T1	
<i>nystatin</i>	T1	
ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIMICÓTICO TÓPICO/ANTIINFLAMATORIO, AGENTE ESTEROIDE		
<i>clotrimazole/betamethasone dip</i>	T1	
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
<i>ciclodan 0.77% cream</i>	T1	
CICLODAN 0.77% CREAM KIT	T3	
CICLODAN 8% KIT		
<i>ciclodan 8% solution</i>	T1	
<i>ciclopirox</i>	T1	
<i>ciclopirox olamine</i>	T1	
<i>ciclopirox olamine</i> (Loprox)	T1	
<i>ciclopirox/urea/camph/men/euc</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
<i>econazole nitrate</i>	T1	
ECOZA	T3	
EXODERM	T1	
<i>ketoconazole</i>	T1	
<i>ketoconazole/skin cleanser 28</i>	T1	
LOPROX	T3	
LOPROX (<i>ciclopirox</i>)	T3	
LULICONAZOLE	T1	
<i>naftifine hcl</i>	T1	
<i>naftifine hcl</i> (Naftin)	T1	
NAFTIN (<i>naftifine hcl</i>)	T3	
<i>nystatin</i>	T1	
<i>nystatin/triamcinolone acet</i>	T1	

ANTIHIISTAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS COMBINADOS (Alergia/rociadores nasales)

COMBINACIÓN DE ANTIHIISTAMÍNICOS DE 1.º GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS

<i>phenylephrine hcl/prometh hcl</i>	T1	
--------------------------------------	----	--

COMBINACIÓN DE ANTIHIISTAMÍNICOS DE 2.º GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS

CLARINEX-D 12 HOUR	T3	
--------------------	----	--

ANTIHIISTAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales)

ANTIHIISTAMÍNICOS - 1.º GENERACIÓN

<i>carbinoxamine maleate</i>	T1	
<i>clemastine fumarate</i>	T1	
<i>cyproheptadine hcl</i>	T1	
<i>hydroxyzine hcl</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate</i> (Vistaril)	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T1	
VISTARIL (<i>hydroxyzine pamoate</i>)	T3	

ANTIHIISTAMÍNICOS - 2.º GENERACIÓN

<i>cetirizine hcl</i>	T1	HD
<i>desloratadine 2.5 mg odt</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>desloratadine 5 mg odt</i>	T1	HD
<i>desloratadine 5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIISTAMÍNICOS (Condiciones oculares)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIISTAMÍNICOS PARA LOS OJOS		
<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	T1	
<i>bepotastine besilate</i>	T1	
<i>epinastine hcl</i>	T1	
<i>olopatadine hcl 0.1% eye drops</i>	T1	
<i>olopatadine hcl 0.2% eye drop</i>	T1	
ANTIIPERGLUCÉMICOS (Diabetes)		
ANTIIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I)		
BYDUREON	T2	QL (4 vials/28 days) ST HD
BYDUREON BCISE	T2	PA QL(4 mls/28 days)
BYDUREON PEN	T2	QL (4 pens/28 days) ST HD
<i>exenatide</i>	T1	PA QL(3 mls/30 days)
OZEMPIC 0.25-0.5 MG DOSE PEN	T2	QL (2 pens/28 days) ST HD
OZEMPIC 1 MG DOSE PEN (1.5 ML)	T2	QL (2 pens/28 days) ST HD
OZEMPIC 1 MG DOSE PEN (3 ML)	T2	QL (3 ml/21 days) ST HD
REZVOGLAR KWIKPEN	T2	QL
RYBELSUS	T2	PA QL(1 tab/day)
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL (4 pens/28 days)
TRULICITY 1.5 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL (4 pens/28 days)
TRULICITY 3 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL (2 ml/28 days)
TRULICITY 4.5 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL (2 ml/28 days)
ANTIIPERGLUCÉMICOS, INSULINA, ACCIÓN PROLONGADA-AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I		
SOLIQUA 100-33	T2	HD
ANTIIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)		
FARXIGA	T2	ST QL(1 tab/day)
JARDIANCE	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA		
CYCLOSET	T3	HD
ANTIIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA		
<i>acarbose (Precose)</i>	T1	HD
GLYSET (<i>miglitol</i>)	T3	HD
<i>miglitol (Glyset)</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA		
PRECOSE (<i>acarbose</i>)	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ANÁLOGOS DE AMILINA		
SYMLINPEN 60	T2	
SYMLINPEN 120	T2	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS		
GLUCOPHAGE XR (<i>metformin hcl er</i>)	T3	HD
<i>metformin hcl 850 mg tablet</i>	T1	HD
<i>metformin hcl 1,000 mg tablet</i>	T1	HD
<i>metformin hcl</i> (Glucophage Xr)	T1	HD
RIOMET (<i>metformin hcl</i>)	T3	HD
RIOMET ER	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE DPP-4		
JANUVIA	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA		
AMARYL (<i>glimepiride</i>)	T3	HD
<i>chlorpropamide</i>	T1	HD
<i>glimepiride</i> (Amaryl)	T1	HD
<i>glimepiride 1 mg tablet</i> (Amaryl)	T1	HD
<i>glimepiride 2 mg tablet</i>	T1	HD
GLIMEPIRIDE 3 MG TABLET	T3	HD
<i>glimepiride 4 mg tablet</i>	T1	HD
GLIPIZIDE 2.5 MG TABLET	T3	HD
<i>glipizide 10 mg tablet</i>	T1	HD
<i>glipizide 5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>glipizide</i> (Glucotrol XL)	T1	HD
<i>glipizide</i> (Glucotrol)	T1	HD
GLUCOTROL (<i>glipizide</i>)	T3	HD
GLUCOTROL XL (<i>glipizide xl</i>)	T3	HD
<i>glyburide</i>	T1	HD
<i>glyburide, micronized</i> (Glynase)	T1	HD
GLYNASE (<i>glyburide micronized</i>)	T3	HD
<i>nateglinide</i> (Starlix)	T1	HD
<i>repaglinide</i>	T1	HD
STARLIX (<i>nateglinide</i>)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA (cont.)		
<i>tolbutamide</i>	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y DPP-4		
GLYXAMBI	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y BIGUANIDAS		
ACTOPLUS MET (<i>pioglitazone-metformin</i>)	T3	HD
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i> (Actoplus Met)	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y SULFONILUREAS		
DUETACT (<i>pioglitazone-glimepiride</i>)	T3	HD
<i>pioglitazone hcl/glimepiride</i> (Duetact)	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS		
JANUMET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
JANUMET XR 100-1, 000 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
JANUMET XR 50-1, 000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
JANUMET XR 50-500 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, ESTIM. DE LIBERACIÓN DE INSULINA-BIGUANIDAS		
<i>glyburide/metformin hcl</i>	T1	HD
<i>repaglinide/metformin hcl</i>	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS (AGONISTAS DE PPARG)		
ACTOS (<i>pioglitazone hcl</i>)	T3	HD
AVANDIA	T3	HD
<i>pioglitazone hcl</i> (Actos)	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS-BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DE GLUCOCORTICOIDES		
<i>mifepristone 300 mg tablet</i>	T1	PA SP
ANTIPLERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS		
SYNJARDY	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY XR 10-1, 000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY XR 12.5-1, 000 MG TAB	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY XR 25-1, 000 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
SYNJARDY XR 5-1, 000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
XIGDUO XR 10 MG-1, 000 MG TAB	T2	QL (1 tab/day) ST HD
XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
XIGDUO XR 2.5 MG-1, 000 MG TAB	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
XIGDUO XR 5 MG-1, 000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta Nivel del medicamento Requisitos y límites de cobertura

ANTIHIPERGLUCÉM.-COMB. DE INHIB. DE SGLT-2, INHIB. DE DPP-4 Y BIGUANIDAS

TRIJARDY XR	T2	QL (1 tab/day) ST HD
-------------	----	----------------------

INSULINAS

BASAGLAR KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
FIASP PENFILL	T3	QL (1.5ml/day) HD
HUMALOG	T2	QL (1.5ml/day) HD
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	T2	QL (1.5ml/day) HD
HUMALOG KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
HUMALOG KWIKPEN U-200	T2	QL (1ml/day) HD
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	T2	QL (2ml/day) HD
HUMALOG MIX 75-25	T2	QL (2ml/day) HD
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	T2	QL (2ml/day) HD
HUMULIN N 100 UNIT/ML VIAL	T2	QL (1.5 ml/day) HD
HUMULIN R U-500	T2	QL (1ml/day) HD
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	T2	QL (1ml/day) HD
LYUMJEV	T2	QL (1.5ml/day) HD
LYUMJEV KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
LYUMJEV KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
LYUMJEV KWIKPEN U-200	T2	QL (1ml/day) HD
TRESIBA	T2	QL (1.5ml/day) HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	T2	QL (0.9ml/day) HD

ANTIINFECCIOSOS (Productos femeninos)

SULFONAMIDAS VAGINALES

AVC	T3	
-----	----	--

ANTIINFECCIOSOS (Infecciones)

ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA

<i>amoxicillin</i>	T1	
--------------------	----	--

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Productos femeninos)

ANTISÉPTICOS VAGINALES

<i>acetic acid/oxyquinoline</i> (Relagard)	T1	
RELAGARD (<i>fem ph</i>)	T3	
TRIMO-SAN	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN-ANTIBACTERIANOS		
TINDAMAX (<i>tinidazole</i>)	T3	
<i>tinidazole</i>	T1	
<i>tinidazole</i> (Tindamax)	T1	
AMEBICIDAS		
<i>paromomycin sulfate</i>	T1	
ANTHELMÍNTICOS		
<i>albendazole</i> (Albenza)	T1	
ALBENZA (<i>albendazole</i>)	T3	
BILTRICIDE (<i>praziquantel</i>)	T3	
EMVERM	T1	
<i>praziquantel</i> (Biltricide)	T1	
STROMEKTOL (<i>ivermectin</i>)	T3	
MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA		
<i>atovaquone/proguanil hcl</i> (Malarone)	T1	
<i>chloroquine ph 250 mg tablet</i>	T1	QL (56 Tabs/365 Days)
<i>chloroquine ph 500 mg tablet</i>	T1	
COARTEM	T3	PA QL (24 tabs/30 days)
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> (Plaquenil)	T1	
KRINTAFEL	T3	PA QL (2 tabs/30 days)
MALARONE (<i>atovaquone-proguanil hcl</i>)	T3	PA
<i>mefloquine hcl</i>	T1	
PRIMAQUINE (<i>primaquine phosphate</i>)	T1	
<i>primaquine phosphate</i>	T1	
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i> (Daraprim)	T1	PA
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i> (Daraprim)	T1	PA SP
QUALAQUIN (<i>quinine sulfate</i>)	T3	PA
<i>quinine sulfate</i> (Qualaquin)	T1	
MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS		
BENZNIDAZOLE	T3	
IMPAVIDO	T3	PA
LAMPIT	T3	
NEBUPENT (<i>pentamidine isethionate</i>)	T3	
<i>pentamidine isethionate</i> (Nebupent)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Varios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<i>glycine urologic solution</i>	T1	
<i>glycine urologic solution</i>	T3	
ANTISÉPTICOS, GENERALES		
ALCOHOL SWABSTICK	T3	
GS ISOPROPYL ALCOHOL 70% SPRAY	T1	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
CICLODAN 8% KIT	T3	
<i>ciclopirox/urea/camph/men/euc</i> (Ciclodan)	T1	
AGENTES INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ANTIINFLAMATORIOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL		
ADALIMUMAB-ADAZ PEN	T4	PA QL (2 doses/ 28 days) SP HD
ADALIMUMAB-ADB(MCF)PEN	T4	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
ADALIMUMAB-ADB(MCF) PEN CROHNS	T4	PA QL (1 starter kit/365 days) SP HD
ADALIMUMAB-ADB(MCF) PEN PS-UV	T4	PA QL (1 starter kit/365 days) SP HD
ADALIMUMAB-RYVK(CF)	T4	PA QL (2pens/syringes/28 days) SP HD
ADALIMUMAB-RYVK(CF) AUTOINJECT	T4	PA QL SP
AVSOLA	T4	PA SP
CIMZIA	T4	PA QL (1 kit/28 days) SP HD
CIMZIA (2 PACK)	T4	PA QL (1 kit/28 days) SP HD
CYLTEZO (CF)	T4	PA QL (2 pens/syringes/28 days) SP HD
CYLTEZO(CF) PEN	T4	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG KIT	T4	PA QL (8 vials/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL (8 syringes/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML VIAL	T4	PA QL (4ml/28 days) SP HD
ENBREL 50 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ENBREL MINI	T4	PA QL (4 cartridges/28 days) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

AGENTES INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ANTIINFLAMATORIOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL (cont.)		
ENBREL SURECLICK	T4	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
HUMIRA	T4	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
HUMIRA PEN	T4	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
HUMIRA(CF)	T4	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML	T4	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML	T4	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	T4	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	T4	PA QL (1 starter kit/365 days) SP
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	T4	PA QL (1 kit/year) SP HD
HYRIMOZ	T4	PA SP
HYRIMOZ PEN	T4	PA SP
INFLECTRA	T4	PA SP HD
REMICADE	T4	PA SP HD
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR	T4	PA QL (2 auto-injs/28 days) SP HD
SIMPONI 100 MG/ML PEN INJECTOR	T4	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
SIMPONI 100 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
SIMPONI ARIA	T4	PA SP HD

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer)

ANP - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES X RETINOIDES (RXR) SELECTIVOS

<i>bexarotene</i> (Targretin)	T4	PA SP HD
-------------------------------	----	----------

ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC)

FARYDAK	T4	PA SP HD
ZOLINZA	T4	PA SP HD

AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ALQUILANTES

ALKERAN (<i>melphalan</i>)	T4	SP
<i>cyclophosphamide</i>	T4	SP HD
GLEOSTINE	T2	
HYDREA (<i>hydroxyurea</i>)	T3	
<i>hydroxyurea</i> (Hydrea)	T1	
LEUKERAN	T2	
<i>melphalan</i> (Alkeran)	T4	SP CSL
MYLERAN	T2	
<i>temozolomide</i>	T4	PA SP HD CSL

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ANTIANDROGÉNICOS		
<i>abiraterone 500 mg tablet</i>	T4	SP HD
<i>abiraterone acetate (Zytiga)</i>	T4	SP HD CSL
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	T4	PA SP HD
<i>bicalutamide (Casodex)</i>	T1	
CASODEX (<i>bicalutamide</i>)	T3	
ERLEADA	T4	PA SP HD CSL
ERLEADA 240 MG TABLET	T4	PA QL(1 tab/day) SP HD CSL
ERLEADA 60 MG TABLET	T4	PA SP HD CSL
<i>flutamide</i>	T1	
<i>nilutamide</i>	T1	QL (4 tabs/day)
NUBEQA	T4	PA SP HD
XTANDI	T4	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - ANTIMETABOLITOS		
<i>capecitabine (Xeloda)</i>	T4	PA SP HD
INQOVI	T4	PA SP HD
JYLAMVO	T3	CSL
LONSURF	T4	PA SP HD
<i>mercaptopurine</i>	T1	
<i>methotrexate sodium</i>	T1	
<i>methotrexate sodium/pf</i>	T1	
ONUREG	T4	PA QL (14 Tabs/28 Days) SP
PURIXAN (<i>mercaptopurine</i>)	T4	SP
TABLOID	T3	
TREXALL	T2	
XATMEP	T3	
XELODA (<i>capecitabine</i>)	T4	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA		
<i>anastrozole (Arimidex)</i>	T1	HD PPACA
ARIMIDEX (<i>anastrozole</i>)	T3	HD
AROMASIN (<i>exemestane</i>)	T3	HD
<i>exemestane</i> (Aromasin)	T1	HD PPACA
<i>letrozole (Femara)</i>	T1	HD CSL

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF		
OJEMDA 100 MG TAB (400MG DOSE)	T4	PA QL(1 packet/28 days) SP CSL
OJEMDA 100 MG TAB (500MG DOSE)	T4	PA QL(1 packet/28 days) SP CSL
OJEMDA 100 MG TAB (600MG DOSE)	T4	PA QL(1 packet/28 days) SP CSL
OJEMDA 25 MG/ML ORAL SUSP	T4	PA QL(8 bottles/28 days) SP CSL
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSP	T4	PA QL(30 tabs/day) SP HD CSL
TAFINLAR 50 MG CAPSULE	T4	PA QL(4 caps/day) SP HD CSL
TAFINLAR 75 MG CAPSULE	T4	PA QL(4 caps/day) SP HD CSL
ZELBORAF	T4	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - COMB. DE INHIBIDORES DE ENZIMAS Y AGENTES ANTIANDROGÉNICOS		
AKEEGA	T4	PA QL(2 tabs/day) SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG		
DAURISMO	T4	PA SP HD
ERIVEDGE	T4	PA SP HD
ODOMZO	T4	PA SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
JAKAFI	T4	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDOR DE LA PROTEÍNA KRAS		
LUMAKRAS 120 MG TABLET	T4	PA QL(8 tabs/day) SP HD CSL
LUMAKRAS 240 MG TABLET	T4	PA QL(4 tabs/day) SP HD CSL
LUMAKRAS 320 MG TABLET	T4	PA QL(3 tabs/day) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEK1 Y MEK2		
COTELLIC	T4	PA SP HD
GOMEKLI	T4	PA SP HD
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	T4	PA QL (10 capsules/day) SP
KOSELUGO 25 MG CAPSULE	T4	PA QL (4 caps/day) SP
MEKINIST	T4	PA SP HD
MEKINIST 0.05 MG/ML SOLUTION	T4	PA QL(40 mls/day) SP HD CSL
MEKINIST 0.5 MG TABLET	T4	PA QL(3 tabs/day) SP HD CSL
MEKINIST 2 MG TABLET	T4	PA QL(1 tab/day) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR		
AFINITOR 10 MG TABLET	T4	PA SP HD
AFINITOR 2.5 MG TABLET (<i>everolimus</i>)	T4	PA SP HD
AFINITOR 5 MG TABLET (<i>everolimus</i>)	T4	PA SP HD
AFINITOR 7.5 MG TABLET (<i>everolimus</i>)	T4	PA SP HD
AFINITOR DISPERZ	T4	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR (cont.)		
everolimus (Afinitor)	T4	PA QL(1 tab/day) SP CSL
everolimus 2.5 mg tablet	T4	PA SP HD
everolimus 5 mg tablet	T4	PA SP HD
everolimus 7.5 mg tablet	T4	PA QL(1 tab/day) SP HD CSL
everolimus 10 mg tablet	T4	PA QL(1 tab/day) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA		
TAZVERIK	T4	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I		
HYCAMTIN	T4	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS COMB. - INHIBIDORES DE LA QUINASA Y LA AROMATASA		
KISQALI FEMARA CO-PACK	T4	PA QL(1 tab/28 days) SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DEL EGF		
PHESGO	T4	PA SP HD
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS INMUNOMODULADORES		
lenalidomide	T4	PA QL(1 cap/day) SP HD CSL
POMALYST	T4	PA QL(21 caps/28 days) SP HD CSL
REVLIMID	T4	PA QL(1 tab/day) SP HD CSL
AGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
leuprolide acetate	T4	PA SP HD
LEUPROLIDE DEPOT	T4	PA SP
LUPRON DEPOT 22.5 MG 3MO KIT	T4	PA SP HD
LUPRON DEPOT 45 MG 6MO KIT	T4	PA SP HD
LUPRON DEPOT 7.5 MG KIT	T4	PA SP HD
LUPRON DEPOT-4 MONTH KIT	T4	PA SP HD
ZOLADEX	T4	PA SP HD
ANTAGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
FIRMAGON	T4	PA SP HD
ORGOVYX	T4	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
ALECENSA	T4	PA QL(8 tabs/day) SP HD CSL
ALUNBRIG 30 MG TABLET	T4	PA QL(2 tabs/day) SP CSL
ALUNBRIG 90 MG TABLET	T4	PA QL(1 tab/day) SP CSL
ALUNBRIG 90 MG-180 MG TAB PACK	T4	PA QL(1 tab/day) SP CSL
ALUNBRIG 180 MG TABLET	T4	PA QL(1 tab/day) SP CSL

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
AYVAKIT	T4	PA QL (1 tab/day) SP
BALVERSA	T4	PA SP
BOSULIF	T4	PA SP HD
BOSULIF 100 MG CAPSULE	T4	PA QL (3 caps/day) SP HD CSL
BOSULIF 50 MG CAPSULE	T4	PA QL SP HD CSL
BRUKINSA	T4	PA QL (4 caps/day) SP
CABOMETYX	T4	PA SP HD
CALQUENCE	T4	PA SP
CAPRELSA	T4	PA SP
COMETRIQ	T4	PA SP HD
COPIKTRA	T4	PA SP
<i>dasatinib 100 mg tablet</i>	T4	PA QL (1 tab/day) SP CSL
<i>dasatinib 140 mg tablet</i>	T4	PA QL (1 tab/day) SP CSL
<i>dasatinib 20 mg tablet</i>	T4	PA QL (3 tabs/day) SP CSL
<i>dasatinib 50 mg tablet</i>	T4	PA QL (1 tab/day) SP CSL
<i>dasatinib 70 mg tablet</i>	T4	PA QL (2 tabs/day) SP CSL
<i>dasatinib 80 mg tablet</i>	T4	PA QL (1 tab/day) SP CSL
DANZITEN	T4	PA SP CSL
ENSACOVE 25 MG CAPSULE	T4	PA QL (9 caps/day) SP CSL
ENSACOVE 100 MG CAPSULE	T4	PA QL (2 caps/day) SP CSL
<i>erlotinib hcl</i>	T4	PA SP HD CSL
EXKIVITY	T4	PA SP HD
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE	T4	PA QL (84 caps/28 days) SP CSL
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE	T4	PA QL (21 caps/28 days) SP CSL
GAVRETO	T4	PA QL (4 caps/day) SP CSL
<i>gefitinib</i>	T4	PA SP HD CSL
GILOTRIF	T4	PA SP HD
GLEEVEC (<i>imatinib mesylate</i>)	T4	PA SP HD
IBRANCE 100 MG CAPSULE	T4	PA QL (21 caps/28 days) SP HD CSL
IBRANCE 100 MG TABLET	T4	PA QL (21 tabs/28 days) SP HD CSL
IBRANCE 125 MG CAPSULE	T4	PA QL (21 caps/28 days) SP HD CSL
IBRANCE 125 MG TABLET	T4	PA QL (21 tabs/28 days) SP HD CSL
IBRANCE 75 MG CAPSULE	T4	PA QL (21 caps/28 days) SP HD CSL
IBRANCE 75 MG TABLET	T4	PA QL (21 tabs/28 days) SP HD CSL

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i> (Gleevec)	T4	QL (6 tabs/day) SP HD CSL
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i> (Gleevec)	T4	QL (2 tabs/day) SP HD CSL
<i>imatinib mesylate</i> (Gleevec)	T4	QL (6 tabs/day) SP HD CSL
IMKELDI	T4	PA SP CSL
INLYTA	T4	PA SP HD
INREBIC	T4	PA SP HD
IRESSA	T4	PA SP HD
ITOVEBI	T4	PA SP HD CSL
IWILFIN	T4	PA QL (8 tabs/day) SP CSL
KISQALI 600mg	T4	PA SP QL (63 tabs/28 days) HD CSL
KISQALI 400mg	T4	PA SP QL (42 tabs/28 days) HD CSL
KISQALI 200mg	T4	PA QL (21 tabs/28 days) SP HD CSL
<i>lapatinib ditosylate</i> (Tykerb)	T4	PA SP HD
LENVIMA	T4	PA SP HD CSL
LORBRENA	T4	PA SP HD
LYNPARZA	T4	PA SP HD
LYTGOBI 12 MG DAILY DOSE (3X 4MG TB)	T4	PA QL (3 tabs/day) SP CSL
LYTGOBI 16 MG DAILY DOSE (4X 4MG TB)	T4	PA QL (4 tabs/day) SP CSL
LYTGOBI 20 MG DAILY DOSE (5X 4MG TB)	T4	PA QL (5 tabs/day) SP CSL
NERLYNX	T4	PA SP HD
NINLARO	T4	PA QL (3 caps/28 days) SP HD CSL
<i>pazopanib hcl</i> (Votrient)	T4	PA QL (4 tabs/day) SP HD CSL
PEMAZYRE	T4	PA QL (14 tabs/21 days) SP
PIQRAY	T4	PA SP HD CSL
OGSIVEO 100 MG TABLET	T4	PA QL SP CSL
OGSIVEO 150 MG TABLET	T4	PA QL SP CSL
OGSIVEO 50 MG TABLET	T4	PA QL (6 tabs/day) SP CSL
OJJAARA	T4	PA QL (1 tab/day) SP CSL
QINLOCK	T4	PA QL (3 tabs/day) SP
SCEMBLIX 20 MG TABLET	T4	PA QL (2 tabs/day) SP HD CSL
SCEMBLIX 40 MG TABLET	T4	PA SP HD CSL
SCEMBLIX 100 MG TABLET	T4	PA SP CSL
TURALIO	T4	PA QL (4 caps/day) SP CSL

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
TURALIO 125 MG CAPSULE	T4	PA QL(4 caps/day) SP CSL
TURALIO 200 MG CAPSULE	T4	PA SP CSL
RETEVMO 40 MG CAPSULE	T4	PA QL (6 caps/day) SP HD
RETEVMO 80 MG CAPSULE	T4	PA QL (4 tabs/day) SP HD
RETEVMO 120 MG, 160 MG TABLET	T4	PA QL (2 tabs/day) SP HD CSL
REVUFORJ 25 MG, 110 MG TABLET	T4	PA SP CSL
REVUFORJ 160 MG TABLET	T4	PA QL(2 tabs/day) SP CSL
ROMVIMZA	T4	PA QL (8 caps/28 days) SP CSL
ROZLYTREK	T4	PA SP HD
RUBRACA	T4	PA SP
RYDAPT	T4	PA SP HD
STIVARGA	T4	PA QL(84 tabs/28 days) SP HD CSL
SUTENT	T4	PA SP HD
TABRECTA	T4	PA QL (4 tabs/day) SP HD
TAGRISSO	T4	PA SP HD
TALZENNA	T4	PA QL(1 cap/day) SP HD CSL
TEPMETKO	T4	PA QL (2 tabs/day) SP
TRUQAP	T4	PA QL(64 tabs/28 days) SP CSL
TUKYSA	T4	PA SP
TYKERB (<i>lapatinib</i>)	T4	PA SP HD
UKONIQ	T4	PA QL (4 tabs/day) SP
VANFLYTA	T4	PA QL(2 tabs/day) SP CSL
VERZENIO	T4	PA QL(2 tabs/day) SP HD CSL
VITRAKVI	T4	PA SP HD
VIZIMPRO	T4	PA SP HD
XALKORI 150 MG PELLET	T4	PA QL(4 pellets/day) SP HD CSL
XALKORI 20 MG PELLET	T4	PA QL(4 pellets/day) SP HD CSL
XALKORI 200 MG CAPSULE	T4	PA QL(4 caps/day) SP HD CSL
XALKORI 250 MG CAPSULE	T4	PA QL(4 caps/day) SP HD CSL
XALKORI 50 MG PELLET	T4	PA QL(4 pellets/day) SP HD CSL
XALKORI	T4	PA SP HD
XOSPATA	T4	PA SP
ZEJULA	T4	PA QL(1 tab/day) SP CSL
ZYDELIG	T4	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
AVMAPKI-FAKZYNJA	T4	PA SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-MUERTE PROGRAMADA-I (PD-I)		
OPDIVO	T4	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDORES DE LINFOMA DE CÉLULAS B-2 (BCL-2)		
VENCLEXTA	T4	PA SP
VENCLEXTA STARTING PACK	T4	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA		
IDHIFA	T4	PA SP HD
REZLIDHIA	T4	PA QL(2 caps/day) SP CSL
TIBSOVO	T4	PA SP
FÁRMACOS INMUNOCONJUGADOS ANTINEOPLÁSICOS		
ENHERTU	T4	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS, VARIOS		
<i>etoposide</i>	T4	SP HD
LYSODREN	T2	
MATULANE	T4	SP
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	T1	PA
ANTINEOPLÁSICOS-INHIB. SELECT. DE LA EXP. NUCLEAR (SINE)		
XPOVIO	T4	PA SP
ANTICUERPO MONOCLONAL AL RECEPTOR ANTÍGENO DEL LINFOCITO T CITOTÓXICO (CTLA-4)		
YERVOY	T4	PA SP HD
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE	T4	PA SP HD
MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)		
FARESTON (<i>toremifene citrate</i>)	T3	QL (2 tabs/day) HD
SOLTAMOX	T2	HD
<i>tamoxifen citrate</i>	T1	HD PPACA
<i>toremifene citrate</i> (Fareston)	T1	QL (2 tabs/day) HD
ANTINEOPLÁSICOS ESTEROIDES		
EMCYT	T4	SP HD
<i>megestrol acetate</i>	T3	
ANTINEOPLÁSICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS		
LEVULAN	T4	SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS (cont.)		
EFUDEX (<i>fluorouracil</i>)	T3	
FLUOROPLEX	T2	
<i>fluorouracil</i>	T1	
<i>fluorouracil</i> (Efudex)	T1	
PANRETIN	T4	SP HD
PICATO	T3	
TARGRETIN 1% GEL	T4	SP HD
TOLAK	T3	
VALCHLOR	T4	SP HD
ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD		
ADIPEX-P (<i>phentermine hcl</i>)	T3	PA
<i>benzphetamine hcl</i>	T1	
<i>benzphetamine hcl</i> (Regimex)	T1	
<i>diethylpropion hcl</i>	T1	
LOMAIRA	T3	
<i>phendimetrazine tartrate</i>	T1	
<i>phentermine hcl</i>	T1	
<i>phentermine hcl</i> (Adipex-p)	T1	
QSYMIA	T3	PA
REGIMEX (<i>benzphetamine hcl</i>)	T3	
VYKAT XR	T4	SP
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELANOCORTINA 4 CONTRA LA OBESIDAD		
IMCIVREE	T4	PA QL (9 ml/22 days) SP
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA 2C CONTRA LA OBESIDAD		
BELVIQ	T3	PA
BELVIQ XR	T3	PA
ANTAG. OPIOIDES-INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA CONTRA LA OBESIDAD		
CONTRAVE	T3	PA
AGENTES QUE REDUCEN LA ABSORCIÓN DE GRASAS		
XENICAL	T3	PA
ANTIPARASITARIOS (Condiciones oculares)		
ANTIPARASITARIOS OFTÁLMICOS (DE LOS OJOS)		
XDEMZY	T4	PA QL (4 bottles/30 days) SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIPARASITARIOS (Infecciones)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPARASITARIOS		
ALINIA (<i>nitazoxanide</i>)	T3	
<i>nitazoxanide</i> (Alinia)	T1	
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>crotamiton</i> (Eurax)	T1	
ELIMITE (<i>permethrin</i>)	T3	
EURAX	T3	
<i>ivermectin</i> (Sklice)	T1	
<i>permethrin</i> (Elimite)	T1	
SKLICE (<i>ivermectin</i>)	T3	
<i>spinosad</i> (Natroba)	T1	
ULESFIA	T3	
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson)		
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, ANTICOLINÉRGICOS		
<i>benztropine mesylate</i>	T1	HD
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	T1	HD
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
<i>amantadine hcl</i>	T1	HD
APOKYN	T4	PA SP HD
<i>bromocriptine mesylate</i>	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i>	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS (cont.)		
DUOPA	T4	SP HD
entacapone	T1	HD
INBRIJA	T4	PA SP HD
KYNMOBI	T2	PA HD
MIRAPEX ER 0.375 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
MIRAPEX ER 0.75 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	HD
MIRAPEX ER 1.5 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
MIRAPEX ER 2.25 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
MIRAPEX ER 3 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	HD
MIRAPEX ER 3.75 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	HD
NEUPRO	T3	HD
NOURIANZ	T4	PA QL (1 tab/day) SP HD
OSMOLEX ER	T3	QL (1 tab/day) HD
OSMOLEX ER 258 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
PARLODEL (<i>bromocriptine mesylate</i>)	T3	HD
<i>pramipexole di-hcl</i>	T1	HD
<i>pramipexole er 0.375 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>pramipexole er 0.75 mg tablet</i>	T1	HD
<i>pramipexole er 2.25 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>pramipexole er 3 mg tablet</i>	T1	HD
<i>pramipexole er 3.75 mg tablet</i>	T1	HD
<i>pramipexole er 1.5 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>pramipexole er 1.5 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>rasagiline mesylate 0.5 mg tab</i> (Azilect)	T1	QL (1 tab/day) HD
RYTARY	T3	HD
<i>selegiline hcl</i>	T1	HD
SINEMET (<i>carbidopa-levodopa</i>)	T3	HD
STALEVO 75 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
STALEVO 100 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS (cont.)		
TASMAR (<i>tolcapone</i>)	T3	HD
<i>tolcapone</i> (Tasmar)	T1	HD
XADAGO	T3	ST HD
INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA		
<i>carbidopa</i>	T1	
MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA		
<i>aspirin/dipyridamole</i>	T1	HD
<i>cilostazol</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate</i> (Plavix)	T1	HD
<i>dipyridamole</i>	T1	HD
EFFIENT (<i>prasugrel hcl</i>)	T3	HD
<i>prasugrel hcl</i> (Effient)	T1	HD
<i>ticagrelor</i>	T1	HD
<i>ticlopidine hcl</i>	T1	HD
AGENTES REDUCTORES DE PLAQUETAS		
AGRYLIN (<i>anagrelide hcl</i>)	T3	
<i>anagrelide hcl</i>	T1	
<i>anagrelide hcl</i> (Agrylin)	T1	
ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)		
ANTIRRETROVIRALES-INHIBIDORES DE LA CÁPSIDE		
SUNLENCA 300 MG TABLET	T4	PA QL(5 tabs/180 days) SP
SUNLENCA 463.5 MG/1.5 ML VIAL	T4	PA SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NNRTI		
CABENUVA	T4	PA SP
JULUCA	T4	SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NRTI		
DOVATO	T4	SP

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE NRTI E INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
TRIUMEQ	T4	SP QL (1 tablet/day)
ANTIRRETROVIRALES-NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA PROTEASA		
SYMTUZA	T4	SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS		
APTIVUS	T4	PA SP
darunavir (Prezista)	T4	SP
darunavir ethanolate (Prezista)	T4	SP
PREZCOBIX	T4	PA SP
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	T4	SP
PREZISTA 75 MG, 150 MG TABLET	T4	SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-NUCLEÓTIDOS		
CIMDUO	T4	PA SP
DESCOVY	T4	SP PPACA
emtricitabine-tenofv 100-150mg	T4	SP
emtricitabine-tenofv 133-200mg	T4	SP
emtricitabine-tenofv 167-250mg	T4	SP
emtricitabine-tenofv 200-300mg	T4	SP PPACA
TEMIXYS	T4	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
abacavir sulfate/lamivudine	T4	PA SP
abacavir/lamivudine/zidovudine	T4	PA SP
lamivudine/zidovudine	T4	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5		
maraviroc (Selzentry)	T4	PA SP
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLN	T4	PA SP
SELZENTRY 25 MG TABLET	T4	PA SP
SELZENTRY 75 MG TABLET	T4	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FIJACIÓN DE LA CD4		
RUKOBIA	T4	PA QL (2 tablets/day) SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FUSIÓN		
FUZEON	T4	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI		
EDURANT	T4	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI (cont.)		
<i>efavirenz</i>	T4	PA SP
<i>nevirapine</i>	T4	PA SP
PIFELTRO	T4	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
<i>abacavir sulfate</i>	T4	PA SP
<i>emtricitabine</i> (Emtriva)	T4	PA SP
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	T4	PA SP
<i>lamivudine 10 mg/ml oral soln</i>	T4	SP
<i>lamivudine 150 mg tablet</i>	T4	SP
<i>lamivudine 300 mg tablet</i>	T4	PA SP
<i>zidovudine</i>	T4	SP
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	T4	PA SP
VIREAD	T4	PA SP
VIREAD POWDER	T4	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, COMB. DE INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
KALETRA 100-25 MG TABLET	T2	
KALETRA 200-50 MG TABLET	T2	
KALETRA 80-20 MG SOLUTION	T2	
<i>lopinavir/ritonavir</i>	T1	
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
<i>atazanavir sulfate</i>	T4	PA SP
EVOTAZ	T4	PA SP
<i>fosamprenavir calcium</i>	T4	PA SP
NORVIR	T4	SP
REYATAZ	T4	PA SP
<i>ritonavir</i>	T4	SP
ANTIVÍRICOS - INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-I		
APREUDE	T4	PA SP
ISENTRESS	T4	SP
ISENTRESS HD	T4	PA SP
TIVICAY	T4	SP
TIVICAY PD	T4	SP

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIRRETROV., COMB. DE NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS		
DELSTRIGO	T4	PA SP
efavirenz/emtricit/tenofovr df	T4	PA SP
efavirenz/lamivu/tenofov disop (Symfi Lo)	T4	SP
efavirenz/lamivu/tenofov disop (Symfi)	T4	SP
emtricit/rilpivirine/tenof df (Complera)	T4	QL(1 tab/day) SP
ODEFSEY	T4	PA SP
ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
BIKTARVY	T4	SP
GENVOYA	T4	SP
STRIBILD	T4	PA SP
ANTIVÍRICOS (Condiciones oculares)		
ANTIVÍRICOS PARA LOS OJOS		
trifluridine	T1	
ZIRGAN	T3	
ANTIVÍRICOS (Infecciones)		
ANTIVÍRICOS, GENERALES		
acyclovir	T1	
acyclovir susp	T1	
famciclovir	T1	
FLUMADINE (rimantadine hcl)	T3	
LIVTENCITY	T4	PA QL (4 tabs/day) SP
oseltamivir 6 mg/ml suspension (Tamiflu)	T1	QL (180ml/30 days)
oseltamivir phos 30 mg capsule (Tamiflu)	T1	QL (20 caps/30 days)
oseltamivir phos 45 mg capsule (Tamiflu)	T1	QL (10/30 days)
oseltamivir phos 75 mg capsule (Tamiflu)	T1	QL (10/30 days)
PREVYMIS PELLET PACKET	T4	SP
PREVYMIS TABLET	T4	SP HD
RELENZA	T3	QL (20/30 days)
rimantadine hcl (Flumadine)	T1	
TAMIFLU 30 MG CAPSULE (oseltamivir phosphate)	T3	QL (20/30 days)
TAMIFLU 45 MG CAPSULE (oseltamivir phosphate)	T3	QL (10/30 days)
TAMIFLU 6 MG/ML SUSPENSION (oseltamivir phosphate)	T3	QL (180ml/30 days)
TAMIFLU 75 MG CAPSULE (oseltamivir phosphate)	T3	QL (10/30 days)
valganciclovir hcl	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS, GENERALES (cont.)		
VALTrex (<i>valacyclovir</i>)	T3	
XOFLUZA	T3	QL (2 tabs/30 days)
HEP. C - COMBO DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NUCLEÓTIDOS		
VOSEVI	T4	PA SP HD
VIRUS DE LA HEP. C, INH. DE LA POLIMERASA NS5B ANÁLOGA DE NUCLEÓTIDOS		
SOVALDI 150 MG, 200 MG PELLET PACKET	T4	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOVALDI 200 MG, 400 MG TABLET	T4	PA QL (1 tab/day) SP HD
VIRUS DE LA HEP. C - COMBO DE INHIB. DE LA POLIMERASA NS5B Y NS5A		
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	T4	PA QL (1 tab/Day) SP HD
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET	T4	PA SP HD
HARVONI 33.75-150 MG PELLET PK	T4	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 45-200 MG PELLET PACKET	T4	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 45-200 MG TABLET	T4	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 90-400 MG TABLET	T4	PA SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B		
<i>adefovir dipivoxil</i> (Hepsera)	T4	SP HD
BARACLUDE	T4	SP HD
<i>entecavir 0.5 mg tablet</i>	T4	QL (1 tab/day) SP HD
<i>entecavir 1 mg tablet</i>	T4	SP HD
EPIVIR HBV (<i>lamivudine hbv</i>)	T4	SP
<i>lamivudine</i> (Epivir Hbv)	T4	SP
VELMIDY	T4	SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C		
PEGASYS	T4	PA SP HD
PEGINTRON	T4	PA SP HD
<i>ribasphere 200 mg capsule</i>	T4	SP HD
<i>ribasphere 200 mg tablet</i>	T4	SP HD
<i>ribasphere 400 mg tablet</i>	T4	SP
<i>ribasphere 600 mg tablet</i>	T4	SP
<i>ribasphere ribapak 200-400 mg</i>	T4	SP HD
<i>ribasphere ribapak 400-400 mg</i>	T4	SP HD
<i>ribasphere ribapak 400-400 mg</i>	T4	SP HD
<i>ribasphere ribapak 600-400 mg</i>	T4	SP HD
<i>ribasphere ribapak 600-400 mg</i>	T4	SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C (cont.)		
<i>ribasphere ribapak 600-600 mg</i>	T4	SP HD
<i>ribasphere ribapak 600-600 mg</i>	T4	SP HD
<i>ribavirin</i>	T4	SP HD
VIRUS DE LA HEPATITIS C - COMB. DE INHIB. DE NS5A Y NS3/4A		
ZEPATIER	T4	PA QL(1 tab/day) SP HD
INHIBIDOR DE LA ARN POLIMERASA		
LAGEVRIO (EUA)	T2	QL(1 pack/120 days)
LAGEVRIO 200 MG CAP (EUA)	T2	QL(1 pack/120 days)
MOLNUPRAVIR	T3	QL (1 pkg/120 days)

ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas)

AGENTES TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE VERRUGAS GENITALES-VPH		
VEREGEN	T3	

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Alergia/rociadores nasales)

AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA		
<i>epinephrine</i>	T1	QL (2 packs/30 days)
<i>epinephrine (Epinephrine)</i>	T1	QL (2 packs/30 days)

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Enfermedad de Alzheimer)

INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA		
ARICEPT (<i>donepezil hcl</i>)	T3	HD
<i>donepezil hcl</i>	T1	HD
<i>donepezil hcl (Aricept)</i>	T1	HD
EXELON (<i>rivastigmine</i>)	T3	HD
<i>galantamine er 16 mg capsule (Razadyne Er)</i>	T1	HD
<i>galantamine er 24 mg capsule (Razadyne Er)</i>	T1	HD
<i>galantamine er 8 mg capsule (Razadyne Er)</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>galantamine hbr</i>	T1	HD
MESTINON (<i>pyridostigmine bromide er</i>)	T3	HD
<i>pyridostigmine bromide (Mestinon)</i>	T1	HD
RAZADYNE ER 16 MG CAPSULE (<i>galantamine er</i>)	T3	HD
RAZADYNE ER 24 MG CAPSULE (<i>galantamine er</i>)	T3	HD
RAZADYNE ER 8 MG CAPSULE (<i>galantamine er</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
<i>rivastigmine (Exelon)</i>	T1	HD
<i>rivastigmine tartrate</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)¹⁰

Nombre del medicamento con receta

Nivel del medicamento Requisitos y límites de cobertura

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

ADDERALL (<i>dextroamphetamine-amphetamine</i>)	T3	PA ST
<i>amphetamine sulfate</i> (Evekeo)	T1	PA
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Adderall Xr)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Mydayis)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamphetamine</i> er 10 mg cap	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamphetamine</i> er 15 mg cap	T1	PA QL (3/day)
<i>dextroamphetamine</i> er 5 mg cap	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	T1	PA
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	T3	PA ST
EVEKEO (<i>amphetamine sulfate</i>)	T3	PA ST
<i>lisdexamfetamine capsule</i> (Vyvanse)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>lisdexamfetamine tb chew</i> (Vyvanse)	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>methamphetamine hcl</i>	T1	PA
XELSTRYM	T3	PA QL (1 patch/day)
ZENZEDI	T3	PA ST

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)

AGENTES VASOCONSTRICTORES ADRENÉRGICOS

<i>droxidopa</i> (Northera)	T4	SP HD
<i>midodrine hcl</i>	T1	

AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA

DIBENZYLIN (<i>phenoxybenzamine hcl</i>)	T3	HD
<i>phenoxybenzamine hcl</i> (Dibenzylin)	T1	HD

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Condiciones urinarias)

AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS

<i>bethanechol chloride</i>	T1	HD
<i>cevimeline hcl</i> (Evoxac)	T1	HD
<i>guanidine hcl</i>	T1	HD
<i>pilocarpine hcl</i> (Salagen)	T1	HD
SALAGEN (<i>pilocarpine hcl</i>)	T3	HD

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Alergia/rociadores nasales)

EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS

GRASTEK	T3	PA QL (1 tab/day)
---------	----	-------------------

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Alergia/rociadores nasales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta **Nivel del medicamento** **Requisitos y límites de cobertura**

EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS (cont.)

ODACTRA	T3	PA QL (1 tab/day)
ORALAIR	T3	PA QL (1 tab/day)
RAGWITEK	T3	PA QL (1 tab/day)

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)

INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA

TAKHZYRO	T4	PA SP HD
----------	----	----------

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Varios)

AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FENILCETONURIA - FENILALANINA AMONIO LIASA

PALYNZIQ	T4	PA SP HD
----------	----	----------

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas)

VACUNAS CONTRA EL COVID-19

COMIRNATY COVID-19 VACCINE	T2	PPACA
JANSSEN COVID-19 VACCINE	T2	PPACA
MODERNA COVID-19 VACCINE	T2	PPACA
NOVAVAX COVID-19 VACCINE	T2	PPACA
PFIZER COVID-19 VACCINE	T2	PPACA
SPIKEVAX	T2	PPACA

VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS

IPOL	T2	PPACA
ROTARIX	T3	PPACA
ROTATEQ	T3	PPACA

VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS

BXSERO	T2	PPACA
MENACTRA	T2	
MENQUADFI	T2	PPACA
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	T2	PPACA
PENBRAYA	T2	PPACA
TRUMENBA	T2	PPACA

VACUNAS CONTRA COCOS GRAMPOSITIVOS

CAPVAXIVE	T2	PPACA
PNEUMOVAX 23	T2	PPACA
PREVNAR 13	T2	
PREVNAR 20	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA		
AFLURIA	T2	PPACA
AFLURIA QUAD	T2	PPACA
AFLURIA TRIV	T2	PPACA
AFLURIA TRIVALENT	T2	PPACA
EZ FLU	T2	PPACA
FLUAD QUAD	T2	PPACA
FLUAD TRIVALENT	T2	PPACA
FLUARIX QUAD	T2	PPACA
FLUARIX TRIVALENT	T2	PPACA
FLUBLOK	T2	PPACA
FLUBLOK QUAD	T2	PPACA
FLUBLOK TRIVALENT	T2	PPACA
FLUCELVAX QUAD	T2	PPACA
FLUCELVAX TRIVALENT	T2	PPACA
FLULAVAL QUAD	T2	PPACA
FLULAVAL TRIVALENT	T2	PPACA
FLUMIST QUAD	T3	PPACA
FLUMIST TRIVALENT	T3	PPACA
FLUVIRIN	T2	PPACA
FLUZONE	T2	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE	T2	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE TRIV	T2	PPACA
FLUZONE INTRADERM QUAD	T2	PPACA
FLUZONE QUAD	T2	PPACA
FLUZONE QUAD PEDI	T2	PPACA
FLUZONE TRIVALENT	T2	PPACA
VACUNAS/TOXOIDES CONTRA BACILOS TOXIGÉNICOS		
BCG VACCINE (TICE STRAIN)	T4	SP
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES		
ACTHIB	T2	PPACA
ADACEL TDAP	T2	PPACA
BOOSTRIX TDAP	T2	PPACA
DAPTACEL DTAP	T2	PPACA
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	T2	PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES (cont.)		
ERVEBO (NATIONAL STOCKPILE)	T3	
HIBERIX	T2	PPACA
INFANRIX DTAP	T2	PPACA
KINRIX	T2	PPACA
M-M-R II VACCINE	T2	PPACA
PEDVAXHIB	T2	PPACA
PENTACEL	T2	PPACA
PENTACEL ACTHIB COMPONENT	T2	PPACA
PROQUAD	T2	PPACA
QUADRACEL DTAP-IPV	T2	PPACA
TDVAX	T2	PPACA
TENIVAC	T2	PPACA
VAXELIS	T2	PPACA
VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS		
ABRYVO	T3	PPACA
ACAM2000	T3	
ENGRIX-B ADULT	T2	PPACA
ENGRIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	T2	PPACA
GARDASIL 9	T2	PPACA
HEPLISAV-B	T2	PPACA
IXCHIQ	T3	PPACA
JYNNEOS	T3	
MRESVIA	T3	PPACA
PEDIARIX	T2	PPACA
RECOMBIVAX HB	T2	PPACA
SHINGRIX	T2	QL (2 dosis/lifetime) PPACA
TWINRIX	T2	PPACA
VARIVAX VACCINE	T2	PPACA
ZOSTAVAX	T2	PPACA
SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA		
CABLIVI	T4	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS		
AMICAR (<i>aminocaproic acid</i>)	T4	SP HD
<i>aminocaproic acid</i> (Amicar)	T4	SP HD
LYSTEDA (<i>tranexamic acid</i>)	T4	SP
<i>tranexamic acid</i> (Lysteda)	T4	SP
FACTORES ANTIHEMOFÍLICOS		
ALTUVIII	T4	PA SP HD
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO		
FABHALTA	T4	PA QL(2 caps/day) SP
TAVNEOS	T4	PA QL(6 caps/day) SP
VOYDEYA	T4	PA QL(1 packet/28 days) SP
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMOFILIA, SIN REEMPLAZO DE FACTOR		
ALHEMO PEN	T4	PA SP
HEMLIBRA	T4	PA SP HD
HYMPAVZI PEN	T4	PA SP
AGENTES PARA LA ANEMIA DREPANOCÍTICA		
DROXIA	T2	
ENDARI	T3	
SIKLOS	T3	PA
HEMOSTÁTICOS TÓPICOS		
ASTRINGYN	T3	
AVITENE	T3	
ENDO-AVITENE	T3	
EVICEL	T3	
<i>gelatin sponge, absorb/porcine</i> (Gelfoam)	T1	
GELFOAM (<i>surgifoam</i>)	T3	
GELFOAM COMPRESSED	T3	
MONSEL'S	T3	
RAPLIXA	T3	
RECOTHROM	T3	
SURGIFOAM	T1	
SYRINGE AVITENE	T3	
THROMBI-GEL	T3	
THROMBIN-JMI	T3	
THROMBI-PAD	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

SANGRE (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES HEMORREOLÓGICOS		
ULTRAFOAM	T3	
pentoxifylline	T1	HD
MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
AGENTES ANTIANGINOSOS Y ANTIISQUÉMICOS, NO HEMODINÁMICOS		
ranolazine (Ranexa)	T1	QL (4 tabs/day) HD
ANTIARRÍTMICOS		
amiodarone hcl	T1	HD
MULTAQ	T2	HD
NORPACE (disopyramide phosphate)	T3	PA HD
NORPACE CR	T3	HD
pacerone 100 mg tablet	T3	PA HD
pacerone 200 mg tablet	T1	HD
pacerone 400 mg tablet	T3	PA HD
propafenone hcl	T1	HD
propafenone hcl (Rythmol Sr)	T1	HD
quinidine gluconate	T1	HD
RYTHMOL SR (propafenone hcl er)	T3	PA HD
TIKOSYN 125 MCG CAPSULE (dofetilide)	T3	PA QL (8 caps/day) HD
TIKOSYN 250 MCG CAPSULE (dofetilide)	T3	PA QL (4 caps/day) HD
TIKOSYN 500 MCG CAPSULE (dofetilide)	T3	PA QL (2 caps/day) HD
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
ADALAT CC (nifedipine er)	T3	HD
amlodipine besylate (Norvasc)	T1	HD
CALAN SR (verapamil er)	T3	HD
CAMZYOS	T4	PA QL (30caps/30days) SP
CARDIZEM LA 180 MG TABLET (matzim la)	T3	HD
CARDIZEM LA 240 MG TABLET (matzim la)	T3	HD
CARDIZEM LA 300 MG TABLET (matzim la)	T3	HD
CARDIZEM LA 360 MG TABLET (matzim la)	T3	HD
CARDIZEM LA 420 MG TABLET (matzim la)	T3	HD
diltiazem 24h er(la) 120 mg tb (Cardizem La)	T1	QL(1 tab/day) HD
diltiazem 24h er(la) 180 mg tb (Cardizem La)	T1	HD
diltiazem 24h er(la) 240 mg tb (Cardizem La)	T1	HD
diltiazem 24h er(la) 300 mg tb (Cardizem La)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)		
<i>diltiazem 24h er(la) 360 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 420 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i>	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Tiazac)	T1	HD
<i>felodipine</i>	T1	HD
<i>isradipine</i>	T1	
KATERZIA	T3	QL (10ml/day) HD
<i>nicardipine hcl</i>	T1	HD
<i>nifedipine</i>	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Adalat Cc)	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia XI)	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia)	T1	HD
<i>nisoldipine er 17 mg tablet</i> (Sular)	T1	HD
<i>nisoldipine er 20 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>nisoldipine er 25.5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 30 mg tablet</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 34 mg tablet</i> (Sular)	T1	HD
<i>nisoldipine er 40 mg tablet</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 8.5 mg tablet</i> (Sular)	T1	HD
NORLIQVA	T2	PA QL(10 mls/day) HD
NYMALIZE	T3	HD
PROCARDIA (<i>nifedipine</i>)	T3	HD
SULAR (<i>nisoldipine</i>)	T3	HD
TIAZAC (<i>tiadylt er</i>)	T3	HD
<i>verapamil hcl</i>	T1	HD
VERELAN (<i>verapamil hcl</i>)	T3	HD
VERELAN (<i>verapamil sr</i>)	T3	HD
VERELAN PM (<i>verapamil er pm</i>)	T3	HD
GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS		
<i>digoxin</i>	T1	HD
REDUCTORES DE LA FRECUENCIA CARDÍACA, INHIB. SELECTIVOS DE LA CORRIENTE I (F) DEL SA		
CORLANOR 5 MG TABLET (<i>ivabradine hcl</i>)	T2	PA HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)

Nombre del medicamento con receta **Nivel del medicamento** **Requisitos y límites de cobertura**

REDUCTORES DE LA FRECUENCIA CARDÍACA, INHIB. SELECTIVOS DE LA CORRIENTE I (F) DEL SA (cont.)

CORLANOR 7.5 MG TABLET (<i>ivabradine hcl</i>)	T2	PA HD
CORLANOR 5 MG/5 ML ORAL SOLN <i>ivabradine hcl</i> (Corlanor)	T4	PA SP HD
	T1	PA,HD

VASODILATADORES, CORONARIOS

DILATRATE-SR	T3	HD
<i>isosorbide dinitrate</i>	T1	HD
MINITRAN	T1	HD
NITRO-DUR	T3	HD
<i>nitroglycerin 0.3 mg tablet sl</i> (Nitrostat)	T1	HD
<i>nitroglycerin 0.4 mg tablet sl</i> (Nitrostat)	T1	HD
<i>nitroglycerin 0.6 mg tablet sl</i> (Nitrostat)	T1	HD
<i>nitroglycerin 400 mcg spray</i> (Nitrolingual)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitro-dur)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitromist)	T1	HD
NITROLINGUAL (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
NITROMIST (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
NITROSTAT (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD

CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)

ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE

ADEMPAS	T4	PA SP HD
VERQUVO	T3	QL(1 tab/day)

ANTIHIP. PULM., INHIB. SEL. DE LA FOSFODIESTERASA T5 DE C-GMP

<i>sildenafil 10 mg/ml oral susp</i> (Revatio)	T4	PA SP HD
<i>sildenafil 20 mg tablet</i> (Revatio)	T4	PA SP HD
<i>tadalafil</i> (Adcirca)	T4	PA SP HD
<i>tadalafil 20 mg tablet</i> (Adcirca)	T4	PA SP HD

ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA

<i>ambrisentan</i> (Letairis)	T4	PA SP HD
<i>bosentan</i> (Tracleer)	T4	PA SP HD
OPSUMIT	T4	PA SP HD
TRACLEER 125 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T4	PA SP HD
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP	T4	PA SP HD
TRACLEER 62.5 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T4	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTE ANTIHIPERTENSIVO PULMONAR, ACTRIIA-FC		
WINREVAIR	T4	PA SP HD
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS		
ORENITRAM ER	T4	PA SP HD
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT	T4	PA QL(168 tabs/180 days) SP HD
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT	T4	PA QL(336 tabs/180 days) SP HD
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT	T4	PA QL(252 tabs/180 days) SP HD
TYVASO	T4	PA SP HD
TYVASO DPI	T4	PA SP HD
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT	T4	PA SP HD
TYVASO REFILL KIT	T4	PA SP HD
TYVASO STARTER KIT	T4	PA SP HD
UPTRAVI	T4	PA SP HD
VENTAVIS	T4	PA SP HD
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS		
OPSYNVI	T4	PA QL(1 tab/day) SP HD
ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC)		
VERQUVO	T2	PA QL(1 tab/day)
CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ECA-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate/benazepril</i>	T1	HD
PRESTALIA 14 MG-10 MG TABLET	T3	HD
PRESTALIA 3.5 MG-2.5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
PRESTALIA 7 MG-5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
<i>trandolapril/verapamil hcl</i>	T1	HD
INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO		
<i>benazepril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>captopril-hctz 25-15 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>captopril-hctz 25-25 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>captopril-hctz 50-15 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>captopril-hctz 50-25 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>enalapril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>fosinopril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA		
<i>carvedilol</i> (Coreg)	T1	HD
<i>carvedilol er 10 mg capsule</i> (Coreg Cr)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 40 mg capsule</i> (Coreg Cr)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 80 mg capsule</i> (Coreg Cr)	T1	HD
COREG (<i>carvedilol</i>)	T3	ST HD
COREG CR 10 MG CAPSULE (<i>carvedilol er</i>)	T3	QL (1 cap/day) ST HD
COREG CR 20 MG CAPSULE (<i>carvedilol er</i>)	T3	QL (1 cap/day) ST HD
COREG CR 40 MG CAPSULE (<i>carvedilol er</i>)	T3	QL (1 cap/day) ST HD
COREG CR 80 MG CAPSULE (<i>carvedilol er</i>)	T3	ST HD
<i>labetalol hcl</i>	T1	HD
CARDURA (<i>doxazosin mesylate</i>)	T3	HD
CARDURA XL	T3	HD
MINIPRESS (<i>prazosin hcl</i>)	T3	HD
<i>prazosin hcl</i>	T1	HD
<i>terazosin hcl</i>	T1	HD
ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO-TIAZIDAS		
<i>amlodipine/valsartan/hcthiiazid</i>	T1	HD
<i>olmesartan/amlodipin/hcthiiazid</i>	T1	HD
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i> (Diovan Hct)	T1	HD
COMB. INHIBIDOR DEL RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DE LA NEPRILISINA (ARNI)		
ENTRESTO SPRINKLE	T2	QL (2 tabs/day)
<i>sacubitril/valsartan</i> (Entresto)	T1	QL (2 tabs/day) HD
COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<i>candesartan/hydrochlorothiazid</i>	T1	HD
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>losartan/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>olmesartan-hctz 20-12.5 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>olmesartan-hctz 40-12.5 mg tab</i>	T1	HD
<i>olmesartan-hctz 40-25 mg tab</i>	T1	HD
<i>telmisartan-hctz 40-12.5 mg tb</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan-hctz 80-12.5 mg tb</i>	T1	HD
<i>telmisartan-hctz 80-25 mg tab</i>	T1	HD
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)

Nombre del medicamento con receta

Nivel del medicamento Requisitos y límites de cobertura

BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)

<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	T1	HD
<i>amlodipine-olmesartan 10-20 mg</i>	T1	HD
<i>amlodipine-olmesartan 10-40 mg</i>	T1	HD
<i>amlodipine-olmesartan 5-20 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-olmesartan 5-40 mg</i>	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine 40-10</i>	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine 40-5 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan-amlodipine 80-10</i>	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine 80-5 mg</i>	T1	HD

ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA

<i>benazepril hcl</i>	T1	HD
<i>captopril</i>	T1	HD
<i>enalapril maleate (Vasotec)</i>	T1	HD
EPANED	T3	HD
<i>fosinopril sodium</i>	T1	HD
<i>lisinopril (Zestril)</i>	T1	HD
<i>moexipril hcl</i>	T1	HD
<i>perindopril erbumine</i>	T1	HD
<i>quinapril hcl</i>	T1	HD
<i>ramipril</i>	T1	HD
<i>trandolapril</i>	T1	HD

ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA

<i>candesartan cilexetil</i>	T1	HD
<i>eprosartan mesylate</i>	T1	HD
<i>irbesartan</i>	T1	HD
<i>losartan potassium</i>	T1	HD
<i>olmesartan medoxomil 20 mg tab (Benicar)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>olmesartan medoxomil 40 mg tab (Benicar)</i>	T1	HD
<i>olmesartan medoxomil 5 mg tab (Benicar)</i>	T1	HD
<i>telmisartan 20 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan 40 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan 80 mg tablet</i>	T1	HD
<i>valsartan</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERTENSIVOS, BLOQUEADORES GANGLIONARES		
VECAMYL	T1	
ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS		
DEMSEY (<i>metirosine</i>)	T3	HD
<i>metirosine</i> (Demser)	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS		
CATAPRES-TTS 1 (<i>clonidine</i>)	T3	HD
CATAPRES-TTS 2 (<i>clonidine</i>)	T3	HD
CATAPRES-TTS 3 (<i>clonidine</i>)	T3	HD
<i>clonidine</i> (Catapres-tts 1)	T1	HD
<i>clonidine</i> (Catapres-tts 2)	T1	HD
<i>clonidine</i> (Catapres-tts 3)	T1	HD
<i>guanfacine hcl</i>	T1	HD
<i>methyl dopa</i>	T1	HD
<i>methyl dopa/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, VASODILATADORES		
<i>hydralazine hcl</i>	T1	HD
<i>minoxidil</i>	T1	HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>acebutolol hcl</i>	T1	HD
<i>atenolol</i> (Tenormin)	T1	HD
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
INNOPRAN XL	T3	ST HD
<i>metoprolol succinate</i> (Toprol XL)	T1	HD
<i>metoprolol tartrate</i>	T1	HD
<i>metoprolol tartrate</i> (Lopressor)	T1	HD
<i>nadolol</i>	T1	HD
<i>pindolol</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl</i> (Inderal La)	T1	HD
<i>sotalol hcl</i>	T1	HD
<i>sotalol hcl</i> (Betapace Af)	T1	HD
SOTYLIZE	T3	HD
<i>timolol maleate</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 100)	T1	HD
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 50)	T1	HD
<i>bisoprolol/hydrochlorothiazide</i> (Ziac)	T1	HD
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>nadolol/bendroflumethiazide</i>	T1	HD
<i>propranolol/hydrochlorothiazid</i>	T1	HD
INHIBIDOR DE LA RENINA, DIRECTO		
<i>aliskiren 150 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>aliskiren 300 mg tablet</i>	T1	HD
COMBINACIÓN DE VASODILADORES		
<i>isosorbide-hydralazine 20-37.5</i> (Bidil)	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>isosorbide-hydralazine</i> (Bidil)	T1	QL (6 tabs/day) HD
VASODILADORES, PERIFÉRICOS		
<i>ergoloid mesylates</i>	T1	
<i>isoxsuprine hcl</i>	T1	

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol)

ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-INHIB. DE AB. DE COLEST.		
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	T1	HD
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine-atorvast 10-40 mg</i> (Caduet)	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 10-80 mg</i> (Caduet)	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 2.5-10 mg</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 2.5-20 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 2.5-40 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 5-10 mg</i> (Caduet)	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 5-20 mg</i> (Caduet)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 5-40 mg</i> (Caduet)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 5-80 mg</i> (Caduet)	T1	HD
CADUET 10 MG-10 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 10 MG-20 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 10 MG-40 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 10 MG-80 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 5 MG-10 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 5 MG-20 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)		
CADUET 5 MG-40 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
CADUET 5 MG-80 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIB. DE LA SÍNTESIS DE LA APO B-100		
KYNAMRO	T4	PA SP
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE LA APOLIPOPROTEÍNA		
TRYNGOLZA	T3	PA QL SP
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9		
REPATHA PUSHTRONEX	T2	
REPATHA SURECLICK	T2	
REPATHA SYRINGE	T2	
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (Estatinas)		
<i>atorvastatin 10 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>atorvastatin 20 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>atorvastatin 40 mg tablet</i>	T1	HD
<i>atorvastatin 80 mg tablet</i>	T1	HD
<i>fluvastatin sodium</i>	T1	HD PPACA
<i>lovastatin 10 mg tablet</i>	T1	HD
<i>lovastatin 20 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>lovastatin 40 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>pitavastatin 1 mg tablet</i>	T1	QL(1 tab/day) HD PPACA
<i>pitavastatin 2 mg tablet</i>	T1	QL(1 tab/day) HD PPACA
<i>pitavastatin 4 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>pravastatin sodium</i>	T1	HD PPACA
<i>rosuvastatin calcium 20 mg tab (Crestor)</i>	T1	QL(1 tab/day) HD
<i>rosuvastatin calcium 40 mg tab (Crestor)</i>	T1	HD
<i>rosuvastatin calcium 10 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day) HD PPACA
<i>rosuvastatin calcium 20 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>rosuvastatin calcium 40 mg tab</i>	T1	HD
<i>rosuvastatin calcium 5 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day) HD PPACA
<i>simvastatin 10 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>simvastatin 20 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>amlodipine-atorvast 2.5-10 mg</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 2.5-20 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 2.5-40 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (Estatinas) (cont.)		
<i>amlodipine-atorvast 5-10 mg (Caduet)</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 5-20 mg (Caduet)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 5-40 mg (Caduet)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 5-80 mg (Caduet)</i>	T1	HD
CADUET 10 MG-10 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 10 MG-20 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 10 MG-40 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 10 MG-80 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 5 MG-10 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 5 MG-20 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
CADUET 5 MG-40 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
CADUET 5 MG-80 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 10 MG-40 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 10 MG-80 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 5 MG-10 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 5 MG-20 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
CADUET 5 MG-40 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
CADUET 5 MG-80 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
<i>simvastatin 40 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>simvastatin 5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>simvastatin 80 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
SECUESTRADORES DE SALES BILIARES		
<i>cholestyramine (with sugar) (Questran)</i>	T1	HD
<i>cholestyramine/aspartame</i>	T1	HD
<i>cholestyramine/aspartame (Questran Light)</i>	T1	HD
<i>colesevelam hcl (Welchol)</i>	T1	HD
COLESTID (<i>colestipol hcl</i>)	T3	HD
<i>colestipol hcl (</i>	T1	HD
QUESTRAN (<i>cholestyramine</i>)	T3	HD
QUESTRAN LIGHT (<i>prevalite</i>)	T3	HD
LIPOTRÓPICOS		
<i>ezetimibe (Zetia)</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 40 mg, 120 mg tablet (Fenoglide)</i>	T1	HD
<i>fenofibrate</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)

Nombre del medicamento con receta Nivel del medicamento Requisitos y límites de cobertura

SECUESTRADORES DE SALES BILIARES (cont.)

<i>fenofibrate nanocrystallized</i> (Tricor)	T1	HD
<i>fenofibrate, micronized</i>	T1	HD
<i>fenofibric acid</i> (choline) (Trilipix)	T1	HD
<i>fenofibric acid</i> (Fibricor)	T1	HD
FIBRICOR (<i>fenofibric acid</i>)	T3	ST HD
<i>gemfibrozil</i> (Lopid)	T1	HD
LIPOFEN	T3	ST HD
LOPID (<i>gemfibrozil</i>)	T3	HD
<i>niacin</i> (Niaspan)	T1	HD
NIASPAN (<i>niacin er</i>)	T3	HD
TRICOR (<i>fenofibrate</i>)	T3	ST HD
TRIGLIDE	T3	ST HD
TRILIPIX (<i>fenofibric acid</i>)	T3	ST HD

CARDIOVASCULARES (Varios)

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA-ANGIOTENSINA

FILSPARI	T4	PA QL(1 tab/day) SP
----------	----	---------------------

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Enfermedad de Alzheimer)

TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA

<i>memantine hcl</i>	T1	HD
<i>memantine hcl er 14 mg capsule</i> (Namenda Xr)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>memantine hcl er 28 mg capsule</i> (Namenda Xr)	T1	HD
NAMENDA	T3	HD
NAMENDA XR 14 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
NAMENDA XR 28 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	HD
NAMENDA XR 7 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
NAMENDA XR TITRATION PACK	T3	QL (112/365 days) HD

TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAG. DE LOS RECEPTORES NMDA-INHIB. DE COLINA

NAMZARIC 14 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC 21 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC 28 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC 7 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC TITRATION PACK	T3	QL (112/365 days) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA		
RILUTEK (<i>riluzole</i>)	T3	SP HD
RADICAVA ORS	T3	PA QL (50ml/28days) SP
<i>riluzole</i> (Rilutek)	T1	SP HD
TIGLUTIK	T3	PA SP
MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO		
AUSTEDO	T4	PA SP HD
AUSTEDO XR 6MG	T4	PA QL(3 tabs/day) SP HD
AUSTEDO XR 12MG	T4	PA QL(1 tab/day) SP HD
AUSTEDO XR 18MG	T4	PA QL(1 tab/day) SP HD
AUSTEDO XR 24MG	T4	PA QL(2 tabs/day) SP HD
AUSTEDO XR 48 MG TABLET	T4	PA QL SP HD
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)	T4	PA QL(1 kit/180 days) SP HD
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	T4	PA QL(28 caps/365 days) SP
INGREZZA	T4	PA QL(1 cap/day) SP
<i>tetrabenazine</i>	T4	PA SP HD
AGENTES PARA EL AFECTO PSEUDOBULBAR (PBA), ANTAGONISTAS DE NMDA		
NUDEXTA	T3	QL (4 caps/day)
XANTINAS		
<i>caffeine citrate</i>	T1	HD

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple)

AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
AVONEX	T4	PA SP HD
AVONEX PEN	T4	PA SP HD
BAFIERTAM	T4	PA SP HD
BETASERON	T4	PA SP HD
<i>dimethyl fumarate</i>	T4	HD
<i>glatiramer</i>	T4	HD
<i>glatiramer acetate</i>	T4	PA SP HD
<i>glatopa</i>	T4	HD
KESIMPTA PEN	T4	PA SP HD
MAVENCLAD	T4	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (cont.)		
MAYZENT	T4	PA SP HD
PLEGRIDY	T4	PA SP HD
PLEGRIDY PEN	T4	PA SP HD
REBIF	T4	PA SP HD
REBIF REBIDOSE	T4	PA SP HD
teriflunomide (Aubagio)	T4	SP HD
VUMERITY	T4	PA SP HD
AGENTES PARA EL TRAT. DE TRAST. DE LA TRANSMISIÓN NEUROMUSC., BLOQ. DE LOS CAN. DE POT.		
dalfampridine	T4	PA SP HD
FIRDAPSE	T4	PA QL (8 tabs/day) SP
RUZURGI	T4	PA SP
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
INHIBIDORES DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (CGRP)		
EMGALITY SYRINGE	T2	PA
MODULADOR DE LOS RECEPTORES DE ESFINGOSINA I-FOSFATO (SIP)		
VELSIPITY	T4	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD
MODULADOR DE LOS RECEPTORES DE ESFINGOSINA I-FOSFATO (SIP)		
ZEPOSIA	T4	PA SP HD
AGENTES PARA LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA		
<i>gabapentin</i> (Gralise)	T1	
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos)		
ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS		
<i>clobazam</i> (Onfi)	T1	HD
<i>clonazepam</i> (Klonopin)	T1	HD
DIASTAT (<i>diazepam</i>)	T3	PA HD
<i>diazepam 10 mg rectal gel syst</i>	T1	HD
<i>diazepam 2.5 mg rectal gel sys</i> (Diastat)	T1	HD
<i>diazepam 20 mg rectal gel syst</i>	T1	HD
KLONOPIN (<i>clonazepam</i>)	T3	PA HD
LIBERVANT	T3	QL (10 films/30 days) HD
NAYZILAM	T2	PA QL (5 kits/30 days) HD
ONFI (<i>clobazam</i>)	T3	PA HD
VALTOCO	T2	PA QL (10 packs/22 days) HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS - TIPO CANNABINOIDES		
EPIDIOLEX	T4	PA SP HD
ANTICONVULSIVOS		
APTiom 200 MG, 400 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
APTiom 600 MG, 800 MG TABLET	T3	PA HD
BANZEL 200 MG TABLET	T3	PA QL (16 tabs/day) HD
BANZEL 400 MG TABLET	T3	PA QL (8 tabs/day) HD
BRIVIACT	T3	PA HD
<i>carbamazepine</i>	T1	HD
CARBAMAZEPINE 200 MG TAB CHEW	T3	HD
<i>carbamazepine</i> (Carbatrol)	T1	HD
<i>carbamazepine</i> (Tegretol Xr)	T1	HD
<i>carbamazepine</i> (Tegretol)	T1	HD
CARBATROL (<i>carbamazepine er</i>)	T3	PA HD
CELONTIN	T2	HD
DIACOMIT	T4	PA SP HD
DILANTIN 100 MG CAPSULE (<i>phenytoin sodium extended</i>)	T3	PA HD
DILANTIN 30 MG CAPSULE	T2	PA HD
DILANTIN 50 MG INFATAB (<i>phenytoin</i>)	T3	PA HD
DILANTIN-125 (<i>phenytoin</i>)	T3	PA HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote Er)	T1	HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote Sprinkle)	T1	HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote)	T1	HD
<i>ethosuximide</i> (Zarontin)	T1	HD
<i>eslicarbazepine</i> 200 mg, 400 mg tablet	T1	PA QL HD
<i>eslicarbazepine</i> 600 mg, 800 mg tablet	T1	PA HD
<i>felbamate</i>	T1	HD
FINTEPLA	T4	PA SP HD
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSP	T2	PA HD
<i>gabapentin</i>	T1	HD
<i>gabapentin</i> (Neurontin)	T1	HD
<i>lamotrigine</i>	T1	HD
LYRICA (<i>pregabalin</i>)	T3	PA HD
NEURONTIN (<i>gabapentin</i>)	T3	PA HD
<i>oxcarbazepine</i> (Oxtellar Xr)	T1	PA HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
OXTELLAR XR	T3	PA HD
PEGANONE	T2	HD
PHENYTEK (<i>phenytoin sodium extended</i>)	T3	PA HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin)	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin-125)	T1	HD
<i>phenytoin sodium extended</i> (Dilantin)	T1	HD
<i>phenytoin sodium extended</i> (Phenytek)	T1	HD
<i>pregabalin</i>	T1	HD
<i>pregabalin</i> (Lyrica)	T1	HD
<i>primidone</i>	T1	HD
<i>primidone 250 mg tablet</i> (Mysoline)	T1	HD
<i>primidone 50 mg tablet</i> (Mysoline)	T1	HD
<i>rufinamide</i> (Banzel)	T1	PA QL (80ml/day) HD
<i>rufinamide 200 mg tablet</i> (Banzel)	T1	PA QL(16 tabs/day) HD
<i>rufinamide 400 mg tablet</i> (Banzel)	T1	PA QL(8 tabs/day) HD
SPRITAM	T3	PA HD
TEGRETOL (<i>carbamazepine</i>)	T3	PA HD
TEGRETOL (<i>epitol</i>)	T3	PA HD
TEGRETOL XR (<i>carbamazepine er</i>)	T3	PA HD
<i>tiagabine hcl 12 mg tablet</i>	T1	QL (8 tabs/day) HD
<i>tiagabine hcl 16 mg tablet</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>tiagabine hcl 2 mg tablet</i>	T1	HD
<i>tiagabine hcl 4 mg tablet</i>	T1	HD
<i>topiramate</i> (Qudexy Xr)	T1	HD
<i>topiramate er 200 mg capsule</i> (Trokendi Xr)	T1	HD
<i>topiramate er 100 mg capsule</i> (Trokendi Xr)	T1	QL(1 cap/day) HD
<i>topiramate er 50 mg capsule</i> (Trokendi Xr)	T1	HD
<i>topiramate er 25 mg capsule</i> (Trokendi Xr)	T1	QL(1 cap/day) HD
TROKENDI XR 25 MG, 100 MG CAPSULE (<i>topiramate</i>)	T3	QL(1 cap/day) HD
TROKENDI XR 50 MG, 200 MG CAPSULE (<i>topiramate</i>)	T3	HD
<i>valproic acid</i>	T1	HD
<i>valproic acid</i> (as sodium salt)	T1	HD
<i>vigabatrin</i>	T4	SP HD
VIMPAT	T2	PA HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
XCOPRI 25 MG TABLET	T3	PA QL HD
XCOPRI 100 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
XCOPRI 12.5-25 MG TITRATION PK	T3	PA QL (1/28 Days) HD
XCOPRI 150 MG TABLET	T3	PA QL (1/Day) HD
XCOPRI 150-200 MG TITRATION PK	T3	PA QL (1/28 Days) HD
XCOPRI 200 MG TABLET	T3	PA QL (2/Day) HD
XCOPRI 250 MG, 300 MG DAILY DOSE PACK	T3	PA QL (1/28 Days) HD
XCOPRI 50 MG TABLET	T3	PA QL (1/Day) HD
XCOPRI 50-100 MG TITRATION PAK	T3	PA QL (1/28 Days) HD
ZARONTIN (<i>ethosuximide</i>)	T3	PA HD
<i>zonisamide</i>	T1	HD

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos del sueño/sedantes)

TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA-ANTAGONISTAS/AGONISTAS INVERSOS DE LOS RECEPT. H3

WAKIX	T4	PA QL (2 tabs/day) SP HD
-------	----	--------------------------

FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)

ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE QUIMIOCINAS CXCR4

XOLREMDI	T4	PA QL (4 caps/day) SP CSL
----------	----	---------------------------

ERITROPOYESIS-AGENTES ESTIMULANTES

PROCRIT	T4	PA SP
RETACRIT	T4	PA SP

ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECuento DE GLÓBULOS BLANCOS)

FULPHILA	T4	PA SP
GRANIX	T4	PA SP
LEUKINE	T4	SP
NEULASTA	T4	PA SP
NEULASTA ONPRO	T4	PA SP HD
NEUPOGEN	T4	PA SP
NIVESTYM	T4	SP HD
NYPOZI	T4	PA SP
NYVEPRIA	T4	PA SP
ROLVEDON	T4	PA SP
STIMUFEND	T4	PA SP
UDENYCA	T4	PA SP
UDENYCA AUTOINJECTOR	T4	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECuento DE GLÓBULOS BLANCOS) (cont.)		
ZARXIO	T4	SP HD
ZIEXTENZO	T4	PA SP
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE TROMBOPOYETINA		
DOPTELET	T4	PA SP HD
MULPLETA	T4	PA SP HD
ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos)		
ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES, SISTÉMICOS		
etonogestrel/ethinyl estradiol (Nuvaring)	T1	PPACA
NUVARING (etonogestrel-ethinyl estradiol)	T3	
ANTICONCEPTIVOS, IMPLANTABLES		
NEXPLANON	T4	SP PPACA
ANTICONCEPTIVOS, INYECTABLES		
DEPO-PROVERA (medroxyprogesterone acetate)	T3	
DEPO-PROVERA 150 MG/ML SYRINGE (medroxyprogesterone acetate)	T3	
DEPO-PROVERA 150 MG/ML VIAL (medroxyprogesterone acetate)	T3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	T2	
ANTICONCEPTIVOS, ORALES		
desog-e.estradiol/e.estradiol	T1	HD PPACA
desogestrel-ethinyl estradiol	T1	HD PPACA
drospir/eth estra/levomefol ca (Beyaz)	T1	HD PPACA
drospir/eth estra/levomefol ca (Safyral)	T1	HD PPACA
ELLA	T3	HD PPACA
ESTROSTEP FE (tri-legest fe)	T3	HD
ethinyl estradiol/drospirenone (Yasmin 28)	T1	HD PPACA
ethinyl estradiol/drospirenone (Yaz)	T1	HD PPACA
ethynodiol d-ethinyl estradiol	T1	HD PPACA
GENERESS FE (norethin-eth estra-ferrous fum)	T3	HD
levonorgestrel/ethin.estradiol	T1	HD PPACA
levonorgest/eth.estradiol/iron (Balcoltra)	T1	HD PPACA
I-norgest/e.estradiol-e.estrad	T1	HD PPACA
I-norgest/e.estradiol-e.estrad (Quartette)	T1	HD PPACA
LOESTRIN (norethindrone ac/eth estradiol)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
LOESTRIN FE (<i>tarina fe 1-20 eq</i>)	T3	HD
LOSEASONIQUE (<i>lojaimiess</i>)	T3	HD
MICROGESTIN 24 FE (<i>tarina 24 fe</i>)	T3	HD
noreth-ethinyl estradiol/iron	T1	HD PPACA
noreth-ethinyl estradiol/iron (Generess Fe)	T1	HD PPACA
noreth-ethinyl estradiol/iron (Generess Fe)	T3	HD PPACA
norethind-eth estrad 1-0.02 mg (Loestrin)	T1	HD PPACA
norethindrone (Ortho Micronor)	T1	HD PPACA
norethindrone ac/eth estradiol (Loestrin)	T1	HD PPACA
norethindrone-e.estradiol-iron	T1	HD PPACA
norethindrone-e.estradiol-iron (Eastrostep Fe)	T1	HD PPACA
norethindrone-e.estradiol-iron (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
norethindrone-e.estradiol-iron (Microgestin 24 Fe)	T1	HD PPACA
norethindrone-e.estradiol-iron (Minastrin 24 Fe)	T1	HD PPACA
norethindrone-ethin. estradiol	T1	HD PPACA
norethin-ee 1.5-0.03 mg(21) tb (Loestrin)	T1	HD PPACA
norgestrel-ethinyl estradiol	T1	HD PPACA
ORTHO MICRONOR (<i>tulana</i>)	T3	HD
QUARTETTE (<i>rivelsa</i>)	T3	HD
ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS		
norelgestromin/ethin.estradiol	T1	HD PPACA
DIAFRAGMAS/CAPUCHONES CERVICALES		
CAYA CONTOURED	T2	PPACA
FEMCAP	T2	PPACA
WIDE SEAL DIAPHRAGM	T3	PPACA
DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)		
KYLEENA	T4	SP PPACA
LILETTA	T4	SP PPACA
MIRENA	T4	SP PPACA
MIUDELLA	T4	SP PPACA
PARAGARD T 380-A	T4	SP PPACA
SKYLA	T4	SP PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Alergia/rociadores nasales)

Nombre del medicamento con receta Nivel del medicamento Requisitos y límites de cobertura

COMB. DE ANTIHIST.-DESCONGEST.-ANTICOLINÉRGICOS DE 1.ª GENERACIÓN

RESPA A.R.	T3	
------------	----	--

PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío)

ANTITUSIVOS NO OPIOIDES

<i>benzonatate</i>	T1	
<i>benzonatate</i> (Tessalon Perle)	T1	
TESSALON PERLE (<i>benzonatate</i>)	T3	

ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS

<i>brompheniramine/pseudoephed/dm</i> (Bromfed Dm)	T1	
--	----	--

COMB. DE ANTITUSIVOS NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN

<i>promethazine/dextromethorphan</i>	T1	
--------------------------------------	----	--

ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS

<i>hydrocodone/cpm/pseudoephed</i>	T1	PA
<i>promethazine/phenyleph/codeine</i>	T1	PA QL (480ml/22 days)

ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN

<i>hydrocodone/chlorphen p-stirex</i>	T1	PA
<i>promethazine-codeine solution</i>	T1	PA QL (480ml/22 days)
<i>promethazine-codeine syrup</i>	T1	PA QL (480ml/30 days)
TUXARIN ER	T3	PA QL (2 tabs/day)
TUZISTRA XR	T3	PA QL (960ml/30 days)

COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS

HYCODAN (hydromet)	T3	PA QL (480ml/22 days)
<i>hydrocodone bit/homatrop me-br</i> (Hycodan)	T1	PA QL (480ml/22 days)
<i>hydrocodone-homatropine 5-1.5</i>	T1	PA QL (180 tabs/30 days)
<i>hydrocodone-homatropine soln</i> (Hycodan)	T1	PA QL (480ml/30 days)
HYDROCODONE-HOMATROPINE SYRUP	T1	PA QL (480ml/30 days)

COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES

HYDROCODONE-GUAIFENESIN	T1	PA QL (960ml/30 days)
OBREDON	T3	PA QL (960ml/30 days)

DIAGNÓSTICO (Diabetes)

DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE

FREESTYLE INSULINX	T2	
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS	T2	
FREESTYLE LITE TEST STRIP	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Diabetes)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE		
FREESTYLE PRECISION NEO	T2	
FREESTYLE TEST STRIPS	T2	
PRECISION XTRA TEST STRIPS	T2	
RELION TRUE METRIX TEST STRIP	T2	
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP	T2	
DIAGNÓSTICO (Varios)		
PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS		
ADVANCED DNA MEDICATED COLLECT	T3	
ARIDOL	T3	
<i>lidocaine hcl/glycerin</i> (Advanced Dna Medicated Collect)	T1	
PROVOCHOLINE	T3	
TC99M SULFUR COLLOID PREP	T1	
AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO OCULAR		
<i>fluorescein sodium</i>	T1	
<i>ful-glo 1 mg ophth strip</i>	T1	
FUL-GLO EYE STRIPS	T3	
<i>lissamine green</i>	T1	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS GASTROINTESTINALES		
ENTERO VU	T3	
E-Z DISK	T3	
E-Z-HD, E-Z-PAQUE, E-Z-PASTE	T3	
GASTROMARK	T3	
LIQUID E-Z PAQUE	T3	
LIQUID POLIBAR PLUS	T3	
NEULUMEX	T3	
POLIBAR ACB	T3	
READI-CAT 2	T3	
SITZMARKS	T3	
TAGITOL V	T3	
VARIBAR HONEY	T3	
VARIBAR NECTAR	T3	
VARIBAR PUDDING	T3	
VARIBAR THIN HONEY	T3	
VARIBAR THIN LIQUID	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA		
METOPIRONE	T3	
ELEMENTOS RADIOFARMACÉUTICOS		
INDICLOR	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS		
CYSTO-CONRAY II	T3	
CYSTOGRAFIN	T3	
CYSTOGRAFIN-DILUTE	T3	
diatrizoate meglumine, sodium (Gastrografin)	T1	
GASTROGRAFIN (md-gastroview)	T3	
DIURÉTICOS (Diuréticos)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ARGININA VASOPRESINA (AVP)		
TOLVAPTAN 15 MG TABLET	T4	SP
tolvaptan 30 mg tablet (Samsca)	T4	SP
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
acetazolamide	T1	HD
methazolamide	T1	HD
DIURÉTICOS DE ASA		
bumetanide	T1	HD
furosemide	T1	HD
torsemide	T1	HD
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO		
amiloride hcl	T1	HD
CAROSPIR (spironolactone)	T2	PA HD
eplerenone (Inspra)	T1	HD
INSPIRA (eplerenone)	T3	HD
KERENDIA	T2	PA QL (1 tab/day)
spironolactone	T1	HD
spironolact/hydrochlorothiazid	T1	HD
triamterene (Dyrenium)	T1	HD
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN		
ALDACTAZIDE	T3	HD
amiloride/hydrochlorothiazide	T1	HD
DYAZIDE (triamterene-hydrochlorothiazid)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN (cont.)		
<i>spironolact/hydrochlorothiazid</i> (Aldactazide)	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Dyazide)	T1	HD
TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES		
<i>chlorthalidone</i>	T1	HD
DIURIL	T3	HD
HEMICLOR	T3	HD
<i>hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>indapamide</i>	T1	HD
<i>metolazone</i>	T1	HD
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales)		
ANTIISTAMÍNICOS NAALES		
<i>azelastine 0.1% (137 mcg) spray</i>	T1	HD
<i>azelastine 0.15% nasal spray</i>	T1	HD
<i>olopatadine 665 mcg nasal spray</i> (Patanase)	T1	HD
PATANASE (<i>olopatadine hcl</i>)	T3	HD
COMB. DE ANTIISTAMÍNICOS NAALES Y ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS		
<i>azelastine/fluticasone</i>	T1	HD
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NAALES		
<i>flunisolide</i>	T1	HD
<i>fluticasone prop 50 mcg spray</i>	T1	HD
<i>mometasone furoate 50 mcg spray</i>	T1	QL (4 bots/30 days) HD
PREPARACIONES NAALES, VARIAS (CON RECETA)		
<i>ipratropium bromide</i>	T1	HD
PREPARACIONES NAALES, VASOCONSTRICTORES (CON RECETA)		
ADRENALIN CHLORIDE	T3	
<i>epinephrine hcl</i> (Adrenalin Chloride)	T1	
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Medicamentos para los oídos)		
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIINFLAMATORIAS		
DERMOTIC (<i>fluocinolone acetone oil</i>)	T3	
<i>fluocinolone acetone oil</i> (Dermotic)	T1	
PREPARACIONES ÓTICAS, VARIAS, ANTIINFECCIOSOS		
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
LÁGRIMAS ARTIFICIALES		
LACRISERT	T3	
ANTIINFECCIOSOS PARA LOS OJOS (CON RECETA ÚNICAMENTE)		
BETADINE	T3	
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS		
ACULAR (<i>ketorolac tromethamine</i>)	T3	
ACULAR LS (<i>ketorolac tromethamine</i>)	T3	
<i>bromfenac sodium</i>	T1	
<i>bromfenac sodium (Bromsite)</i>	T1	
BROMSITE .075%	T2	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	T1	
<i>diclofenac 0.1% eye drops</i>	T1	
EYSUVIS	T2	QL (8.3ml/14 days)
<i>fluorometholone (Fml)</i>	T1	
<i>flurbiprofen sodium</i>	T1	
ILEVRO	T3	
<i>ketorolac 0.4% ophth solution (Acular Ls)</i>	T1	
<i>ketorolac 0.5% ophth solution (Acular)</i>	T1	
<i>loteprednol etabonate (Alrex)</i>	T1	
<i>loteprednol etabonate (Lotemax)</i>	T1	
MIEBO	T2	QL (4 bottles/30 days)
OMNIPRED (<i>prednisolone acetate</i>)	T3	
<i>prednisolone acetate (Pred Forte)</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	T1	
PROLENSA	T3	
ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS		
AKTEN	T3	
ALCAINE (<i>proparacaine hcl</i>)	T3	
ALTAFLUOR BENOX (<i>fluorox</i>)	T3	
<i>benoxinate hcl/fluorescein sod (Altafluor Benox)</i>	T1	
<i>benoxinate hcl/fluorescein sod (Altafluor Benox)</i>	T3	
<i>proparacaine hcl (Alcaine)</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS (cont.)		
<i>proparacaine/fluorescein sod</i>	T1	
<i>proparacaine/fluorescein sod</i>	T3	
<i>tetracaine hcl</i>	T1	
TETRAVISC	T3	
TETRAVISC FORTE	T3	
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS PARA LOS OJOS		
<i>cromolyn 4% eye drops</i>	T1	
PREPARACIONES OCULARES, VARIAS (SIN RECETA)		
GELFILM	T3	
VASOCONSTRICTORES PARA LOS OJOS		
<i>phenylephrine hcl</i>	T1	
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR		
<i>apraclonidine hcl</i> (Iopidine)	T1	HD
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
BETIMOL	T3	HD
BETOPTIC S	T2	HD
BETOPTIC S 0.25% DROPS	T2	HD
<i>bimatoprost</i>	T1	QL (10 gm/30 days) HD
<i>bimatoprost 0.03% eye drops</i>	T1	QL (10 mls/30 days) HD
<i>brimonidine tartrate</i>	T1	HD
<i>brimonidine tartrate</i> (Alphagan P)	T1	HD
<i>brimonidine tartrate/timolol</i> (Combigan)	T1	HD
<i>brinzolamide</i> (Azopt)	T1	HD
<i>carteolol hcl</i>	T1	HD
COMBIGAN	T2	HD
<i>dorzolamide hcl</i> (Trusopt)	T1	HD
<i>dorzolamide hcl/timolol maleat</i> (Cosopt)	T1	HD
<i>dorzolamide/timolol/pf</i> (Cosopt Pf)	T1	HD
IOPIDINE	T3	HD
ISOPTO CARPINE (<i>pilocarpine hcl</i>)	T3	HD
<i>latanoprost</i>	T1	HD
<i>levobunolol hcl</i>	T1	HD
PHOSPHOLINE IODIDE	T3	HD
<i>pilocarpine hcl</i> (Isopto Carpine)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR (cont.)		
RHOPRESSA	T3	
ROCKLATAN	T3	
SIMBRINZA	T2	HD
<i>timolol maleate</i>	T1	HD
<i>timolol maleate</i> (Timoptic)	T1	HD
<i>timolol maleate/pf</i> (Timoptic Ocudose)	T1	HD
<i>travoprost</i>	T1	HD
TRUSOPT (dorzolamide hcl)	T3	HD
MIDRIÁTICOS		
<i>atropine sulfate</i>	T1	HD
<i>atropine sulfate</i> (Isopto Atropine)	T1	HD
CYCLOGYL	T3	HD
CYCLOGYL (<i>cyclopentolate hcl</i>)	T3	HD
CYCLOMYDRIL	T3	HD
<i>cyclopentolate hcl</i> (Cyclogyl)	T1	HD
<i>homatropine hbr</i>	T1	HD
MYDRIACYL (<i>tropicamide</i>)	T3	HD
PAREMYD	T3	HD
<i>tropicamide</i>	T1	HD
<i>tropicamide</i> (Mydracyl)	T1	HD
AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS		
MITOSOL	T3	
ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR		
CEQUA	T2	
RESTASIS	T2	HD
VEVYE	T3	QL HD
AGENTES OFTÁLMICOS REDUCTORES DE LA CISTINA		
CYSTADROPS	T4	PA QL (20ml/21 days) SP
CYSTARAN	T4	PA QL (120ml/28 days) SP
FACTOR DE CRECIMIENTO DEL NERVIÓ OFTÁLMICO HUMANO (HNGF)		
OXERVATE	T4	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Medicamentos para el colesterol)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUPLEMENTOS DE LÍPIDOS ORALES		
DOJOLVI	T4	PA SP HD
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales)		
PREPARACIONES CON FLÚOR		
FLUORIDEX	T1	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	T3	
FRAICHE 5000 PREVI	T3	
PREVIDENT	T3	
PREVIDENT (<i>sodium fluoride</i>)	T3	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT	T3	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T3	
PREVIDENT 5000 PLUS (<i>sodium fluoride 5000 plus</i>)	T3	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE	T3	
PREVIDENT KIDS	T3	
<i>sodium fluoride/potassium nit</i> (Prevident 5000 Sensitive)	T1	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes)		
AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS)		
BAQSIMI	T2	QL (2 units/30 days)
<i>diazoxide</i> (Proglycem)	T1	
<i>glucagon 1 mg emergency kit</i>	T1	QL (2 pens/30 days)
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	T3	QL (2 pens/30 days)
PROGLYCEM (<i>diazoxide</i>)	T3	
BAQSIMI	T2	QL (2/30 days)
<i>diazoxide</i> (Proglycem)	T1	
<i>glucagon 1 mg emergency kit</i>	T1	QL (2 pens/30 days)
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	T3	QL (2 pens/30 days)
PROGLYCEM (<i>diazoxide</i>)	T3	
BAQSIMI	T2	QL (2/30 days)
<i>diazoxide</i> (Proglycem)	T1	
<i>glucagon 1 mg emergency kit</i>	T1	QL (2 pens/30 days)
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	T3	QL (2 pens/30 days)
PROGLYCEM (<i>diazoxide</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS) (cont.)		
BAQSIMI	T2	QL (2/30 days)
<i>diazoxide</i> (Proglycem)	T1	
<i>glucagon 1 mg emergency kit</i>	T1	QL (2 pens/30 days)
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	T3	QL (2 pens/30 days)
PROGLYCEM (<i>diazoxide</i>)	T3	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Varios)		
SUPLEMENTOS DE ÁCIDO NUCLEICO/NUCLEÓTIDOS		
XURIDEN	T4	PA SP
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios)		
REDUCTORES DE ELECTROLITOS		
AURYXIA	T3	QL (12 tabs/day)
<i>calcium acetate</i>	T1	
<i>lanthanum carbonate</i> (Fosrenol)	T1	
LOKELMA	T2	
PHOSLYRA	T3	
<i>sevelamer carbonate</i> (Renvela)	T1	
<i>sevelamer hcl</i>	T1	
<i>sevelamer hcl</i> (Renagel)	T1	
<i>sodium polystyrene sulfon/sorb</i>	T1	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	T1	
<i>sps 15 gm/60 ml suspension</i>	T1	
<i>sps 30 gm/120 ml enema susp</i>	T3	
VELPHORO	T2	
VELTASSA	T2	
PHOSLYRA	T3	
<i>sevelamer carbonate</i> (Renvela)	T1	
<i>sevelamer hcl</i>	T1	
<i>sevelamer hcl</i> (Renagel)	T1	
<i>sodium polystyrene sulfon/sorb</i>	T1	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	T1	
<i>sps 15 gm/60 ml suspension</i>	T1	
<i>sps 30 gm/120 ml enema susp</i>	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REDUCTORES DE ELECTROLITOS (cont.)		
VELPHORO	T2	
VELTASSA	T2	
AGENTES QUE CONTIENEN YODO		
potassium iodide/iodine	T1	
SSKI	T1	
REPOSICIÓN DE HIERRO		
mv-mins no.73/iron fum/folic (Hemocyte Plus)	T1	
CITRANATAL BLOOM	T3	
REPOSICIÓN DE POTASIO		
EFFER-K 10 MEQ TABLET EFF	T3	
EFFER-K 20 MEQ TABLET EFF	T3	
effer-k 25 meq tablet eff	T1	
klor-con 10 meq tablet (K-tab Er)	T1	
klor-con 10 meq tablet (K-tab Er)	T3	
klor-con 8 meq tablet	T1	
klor-con 8 meq tablet	T3	
K-TAB ER (potassium chloride)	T3	
potassium bicarbonate/cit ac	T1	
potassium chloride	T1	
potassium cl 10% (20 meq/15ml)	T1	
potassium cl 10% (40 meq/30ml)	T1	
potassium cl 20 meq packet	T1	
potassium cl 20% (40 meq/15ml)	T1	
potassium cl er 10 meq	T1	
potassium cl er 15 meq tablet	T1	
POTASSIUM CL ER 15 MEQ TABLET	T3	
potassium cl er 20 meq tablet (K-Tab Er)	T1	
potassium cl er 8 meq capsule	T1	
potassium cl er 8 meq tablet	T1	
potassium cl10%(20meq/15ml)cup	T1	
potassium cl10%(40meq/30ml)cup	T1	
potassium cl20%(40meq/15ml)cup	T1	
REPOSICIÓN DE PROTEÍNAS		
AQNEURSA	T4	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Condiciones urinarias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SOLUCIONES PARA DIÁLISIS		
PRISMASOL	T3	
MODIFICADORES DEL PH URINARIO		
K-PHOS NO.2	T3	HD
K-PHOS ORIGINAL	T3	HD
ORACIT	T3	HD
<i>potassium citrate</i> (Urocit-k)	T1	HD
<i>potassium citrate/citric acid</i>	T1	HD
RENACIDIN	T3	HD
UROCIT-K (<i>potassium citrate er</i>)	T3	HD
UROQID-ACID NO.2	T3	HD
GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol)		
LIPOTRÓPICOS		
<i>icosapent ethyl</i> (Vascepa)	T1	HD
<i>omega-3 acid ethyl esters</i> (Lovaza)	T1	HD
VASCEPA	T2	PA HD
GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
INHIBIDORES DE AMONÍACO		
<i>lactulose</i>	T1	HD
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T1	HD
LITHOSTAT	T3	HD
<i>sodium phenylbutyrate</i> (Buphenyl)	T4	SP HD
ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO		
<i>chlordiazepoxide/clidinium br</i>	T1	
CUVPOSA	T3	
GLYCATÉ	T3	
<i>glycopyrrolate</i> (Glycate)	T1	
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul Forte)	T1	
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul)	T1	
PHEBURANE	T4	PA QL(8 Bottles/30 Days) SP HD
<i>propantheline bromide</i>	T1	
ROBINUL (<i>glycopyrrolate</i>)	T3	
ROBINUL FORTE (<i>glycopyrrolate</i>)	T3	
OLPRUVA	T4	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine hcl</i>	T1	
ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE CANALES DE CLORURO G.I.		
MYTESI	T3	
ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO HIDROXILASA		
XERMELO	T4	PA SP
ANTIDIARREICOS		
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i>	T1	
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i> (Lomotil)	T1	
<i>loperamide hcl</i>	T1	
MOTOFEN	T3	
<i>opium tincture</i>	T1	PA
<i>paregoric</i>	T1	
ANTIEMÉTICOS - TIPO CANNABINOIDES		
<i>dronabinol</i>	T1	
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO		
AKYNZEO	T3	PA QL (4 caps/28 days)
ANZEMET	T4	PA QL (5 tabs/30 days) SP
<i>aprepitant 125 mg capsule</i>	T1	QL (4 caps/28 days)
<i>aprepitant 125-80-80 mg pack</i> (Emend)	T1	QL (12 caps/28 days)
<i>aprepitant 40 mg capsule</i>	T1	QL (1 cap/28 days)
<i>aprepitant 80 mg capsule</i> (Emend)	T1	QL (8 caps/28 days)
BONJESTA	T3	
COMPAZINE (<i>prochlorperazine maleate</i>)	T3	
COMPAZINE (<i>prochlorperazine</i>)	T3	
DICLEGIS (<i>doxylamine succ-pyridoxine hcl</i>)	T3	
<i>doxylamine succinate/vit b6</i> (Diclegis)	T1	QL (4 tabs/day)
EMEND 125 MG POWDER PACKET	T3	PA QL (12 caps/28 days)
EMEND 150 MG VIAL (<i>fosaprepitant dimeglumine</i>)	T3	
<i>fosaprepitant dimeglumine</i> (Emend)	T1	
<i>granisetron hcl</i>	T1	
<i>granisetron hcl/pf</i>	T1	
<i>ondansetron hcl</i>	T1	
<i>ondansetron hcl/pf</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO (cont.)		
<i>prochlorperazine</i> (Compazine)	T1	
<i>prochlorperazine maleate</i> (Compazine)	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T3	
SANCUSO	T3	PA QL (4 patches/30 days)
<i>scopolamine</i> (Transderm-scop)	T1	
TRANSDERM-SCOP (<i>scopolamine</i>)	T3	
<i>trimethobenzamide</i>	T1	
VARUBI	T3	PA QL (4 tabs/28 days)
PREPARACIONES ANTIULCEROSAS		
CYTOTEC (<i>misoprostol</i>)	T3	HD
<i>misoprostol</i> (Cytotec)	T1	HD
<i>sucralfate</i> (Carafate)	T1	HD
ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI		
<i>bismuth/metronid/tetracycline</i> (Pylera)	T1	
<i>lansoprazole/amoxiciln/clarith</i>	T1	
ALCALOIDES DE BELLADONA		
<i>methscopolamine bromide</i>	T1	HD
NULEV (<i>symax</i>)	T1	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Donnatal)	T1	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Phenobarbital-belladonna)	T1	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixr</i> (Donnatal)	T1	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixr</i> (Phenobarbital-belladonna)	T1	HD
PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR (<i>phenohytr</i>)	T3	HD
SYMAX DUOTAB	T3	HD
SALES BILIARES		
ACTIGALL (<i>ursodiol</i>)	T3	HD
CHENODAL	T4	SP HD
CHOLBAM	T4	PA SP HD
CTEXLI	T4	PA SP
URSO FORTE (<i>ursodiol</i>)	T3	HD
<i>ursodiol</i>	T1	HD
<i>ursodiol</i> (Actigall)	T1	HD
<i>ursodiol</i> (Urso Forte)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-A-SALICILATO, TRAT. RECTAL		
<i>mesalamine 1,000 mg supp</i> (Canasa)	T1	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml enema</i> (Sfrowasa)	T1	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml kit</i>	T1	
SFROWASA (<i>mesalamine</i>)	T3	
TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO		
APRISO (<i>mesalamine er</i>)	T3	HD
<i>balsalazide disodium</i>	T1	HD
<i>balsalazide disodium</i> (Colazal)	T1	HD
<i>mesalamine</i>	T1	HD
<i>mesalamine</i> (Apriso)	T1	HD
<i>mesalamine 800 mg dr tablet</i>	T1	HD
<i>mesalamine dr 1.2 gm tablet</i> (Lialda)	T1	HD
PENTASA 500 MG CAPSULE (<i>mesalamine</i>)	T3	HD
<i>sulfasalazine</i> (Azulfidine)	T1	HD
AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR), ANÁLOGOS DEL ÁCIDO BILIAR		
OCALIVA	T4	PA SP HD
TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL (TMF)		
VOWST	T4	PA QL(12 caps/56 days) SP
ENZIMAS GÁSTRICAS		
SUCRAID	T4	PA SP
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H2		
<i>cimetidine hcl</i>	T1	HD
<i>famotidine</i>	T1	HD
<i>ranitidine hcl</i>	T1	HD
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, COMB. DE AGONISTAS/ANTAGONISTAS DE RECEPT. OPIOIDES		
VIBERZI	T2	HD
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE-C/CIC, AGONISTAS DE LA GUANILATO CICLASA C		
TRULANCE	T2	
ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL		
<i>metoclopramide hcl</i>	T1	
<i>metoclopramide hcl</i> (Reglan)	T1	
REGLAN (<i>metoclopramide hcl</i>)	T3	
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ANTAGONISTAS DEL 5-HT3		
<i>alosetron hcl</i>	T4	SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
LAXANTES Y CATÁRTICOS		
bisac/nac/na/co3/kcl/peg 3350	T1	PPACA
<i>lactulose</i>	T1	
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T1	
<i>lactulose 20 gm/30 ml solution</i>	T1	
<i>lubiprostone</i> (Amitiza)	T1	
NULYTELY	T3	PPACA
peg3350/sod sul/nac/kcl/asb/c	T1	PPACA
peg3350/sod sulf, bicarb, cl/kcl	T1	PPACA
PREPOIK	T2	PPACA
<i>sodium chloride/na/co3/kcl/peg</i>	T1	PPACA
PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO		
<i>nitroglycerin 0.4% ointment</i> (Rectiv)	T1	
RECTIV (<i>nitroglycerin</i>)	T3	
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
PANCREAZE	T2	HD
VIOKACE	T3	HD
ZENPEP	T2	HD
BLOQUEADORES DE ÁCIDO COMPETITIVOS DE POTASIO (PCABS)		
VOQUEZNA	T3	PA QL(1 tab/day)
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>dexlansoprazole dr 30 mg cap</i>	T1	QL(2 caps/day) HD
<i>dexlansoprazole dr 60 mg cap</i>	T1	QL(1 cap/day) HD
<i>esomeprazole dr 10 mg packet</i>	T1	QL (4 packets/day) HD
<i>esomeprazole dr 20 mg packet</i>	T1	QL (2 packs/day) HD
<i>esomeprazole dr 40 mg packet</i>	T1	QL (1 packet/day) HD
<i>esomeprazole dr 20 mg packet</i> (Nexium)	T1	QL(2 packs/day) HD
<i>esomeprazole dr 40 mg packet</i> (Nexium)	T1	QL(1 pack/day) HD
<i>esomeprazole mag dr 20 mg cap</i>	T1	QL(2 caps/day) HD
<i>esomeprazole mag dr 40 mg cap</i>	T1	QL(1 cap/day) HD
<i>esomeprazole sodium</i>	T1	HD
<i>lansoprazole dr 15 mg capsule</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>lansoprazole dr 30 mg capsule</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>lansoprazole odt 15 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>lansoprazole odt 30 mg tablet</i>	T1	QL (30 tabs/30 days) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (cont.)		
NEXIUM DR 2.5 MG PACKET	T2	QL (480 packs/30 days) HD
NEXIUM DR 5 MG PACKET	T2	QL (240 packs/30 days) HD
omeppi 20 mg-1, 100 mg capsule	T1	PA QL (60 caps/30 days) HD
omeppi 40 mg-1, 100 mg capsule	T1	PA QL (30 caps/30 days) HD
omeprazole dr 10 mg capsule	T1	QL (120 caps/30 days) HD
omeprazole dr 20 mg capsule	T1	QL (60 caps/30 days) HD
omeprazole dr 40 mg capsule	T1	QL (30 caps/30 days) HD
omeprazole-bicarb 20-1, 100 cap	T1	PA QL (60 caps/30 days) HD
omeprazole-bicarb 20-1, 680 pkt	T1	PA QL (60 packs/30 days) HD
omeprazole-bicarb 40-1, 100 cap	T1	PA QL (1 cap/day) HD
omeprazole-bicarb 40-1, 680 pkt	T1	PA QL (30 packs/30 days) HD
pantoprazole 40 mg suspension	T1	QL (1 dose/day) HD
pantoprazole sod dr 20 mg tab	T1	QL (2 tabs/day) HD
pantoprazole sod dr 40 mg tab	T1	QL (1 tab/day) HD
pantoprazole sodium 40 mg vial	T1	HD
rabeprazole sodium	T1	QL (30 tabs/30 days) HD
SBS - ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 2 (GLP-2)		
GATTEX	T4	PA SP HD

GASTROINTESTINALES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

PREP. PARA LAS HEMORROIDES, ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS-ANEST. LOCALES		
ANA-LEX	T1	
ANALPRAM HC 1% CREAM	T3	
hydrocortisone/lidocaine/aloe	T1	
hydrocortisone/pramoxine (Analpram Hc)	T1	
PREP. PARA LAS HEMORROIDES, ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS-ANEST. LOCALES		
lidocaine/hydrocortisone ac	T1	
LIDOCAINE-HYDROCORTISONE	T1	
PROCORT	T3	
PROCTOFOAM-HC	T3	
PREP. RECTALES/DE COLON, GLUCOCORT. (NO HEMORR.)		
budesonide 2 mg rectal foam	T1	QL (2 kits/180 days)
CORTENEMA (hydrocortisone)	T3	
hydrocortisone (Cortenema)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE ESTEROIDES ADRENALES		
ISTURISA	T4	PA QL (2 tabs/day) SP
PREP. DE ANDRÓGENOS/ESTRÓGENOS PARA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA		
INTRAROSA	T3	
AGENTES ANDROGÉNICOS		
ANADROL-50	T3	PA
DEPO-TESTOSTERONE	T3	
DEPO-TESTOSTERONE (<i>testosterone cypionate</i>)	T3	
METHITEST	T1	
<i>methyltestosterone</i>	T1	
<i>oxandrolone</i>	T1	PA
<i>testosterone 1% (25mg/2.5g) pk (AndroGel)</i>	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 1% (50 mg/5 g) pk (Testosterone)</i>	T1	PA QL (2 packs/day)
<i>testosterone 1.62% (2.5 g) pkt (AndroGel)</i>	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 1.62%(1.25 g) pkt (AndroGel)</i>	T1	PA QL (2 packs/day)
<i>testosterone 10 mg gel pump</i>	T1	PA QL (120 gm/30 days)
TESTOSTERONE 12.5 MG/1.25 GRAM	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 12.5 mg/1.25 gram (Testosterone)</i>	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 30 mg/1.5 ml pump</i>	T1	PA QL (180ml/30 days)
<i>testosterone 50 mg/5 gram gel</i>	T1	PA QL (2 tubes/day)
TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM PKT	T1	PA QL (2 packs/day)
<i>testosterone cypionate (Depo-testosterone)</i>	T1	
<i>testosterone enanthate</i>	T1	
XYOSTED	T3	PA QL(2 ml/28 days)
HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS		
<i>desmopressin 0.01% solution</i>	T1	HD
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</i>	T1	HD
<i>desmopressin (nonrefrigerated)</i>	T1	
<i>desmopressin 0.01% solution (Ddavp)</i>	T1	
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr (Ddavp)</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS (cont.)		
<i>desmopressin 40 mcg/10 ml vial (Ddvp)</i>	T4	SP
<i>desmopressin ac 4 mcg/ml ampul (Ddvp)</i>	T4	SP
<i>desmopressin ac 4 mcg/ml vial (Ddvp)</i>	T4	SP
<i>desmopressin acetate</i>	T1	
<i>desmopressin acetate 0.1 mg tb (Ddvp)</i>	T1	
<i>desmopressin acetate 0.2 mg tb (Ddvp)</i>	T1	
NOCTIVA	T3	PA
STIMATE	T4	SP
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS Y PROGESTINAS		
BIJUVA	T3	
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS		
<i>estrogen, ester/me-testosterone (Estratest F.S.)</i>	T1	HD
AGENTES ESTROGÉNICOS		
ACTIVELLA (<i>mimvey lo</i>)	T3	HD
ACTIVELLA (<i>mimvey</i>)	T3	HD
ALORA	T3	QL (16 patches/28 days) HD
CLIMARA (<i>estradiol (once weekly)</i>)	T3	HD
CLIMARA PRO	T3	HD
COMBIPATCH	T3	
DEPO-ESTRADIOL	T3	HD
DIVIGEL	T3	HD
ELESTRIN	T3	HD
ESTRACE (<i>estradiol</i>)	T3	HD
<i>estradiol (Climara)</i>	T1	HD
<i>estradiol (Vivelle-dot)</i>	T1	QL (8 patches/21 days) HD
<i>estradiol 0.06% 1.25g gel pump (Estroge)</i>	T1	HD
<i>estradiol 0.5 mg tablet (Estrace)</i>	T1	HD
<i>estradiol 1 mg tablet (Estrace)</i>	T1	HD
<i>estradiol 2 mg tablet (Estrace)</i>	T1	HD
<i>estradiol 0.025 mg patch(2/wk) (Minivelle)</i>	T1	QL(16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.025 mg patch(2/wk) (Vivelle-Dot)</i>	T1	QL(16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.0375mg patch(2/wk) (Minivelle)</i>	T1	QL(16 patches/28 days) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ESTROGÉNICOS (cont.)		
<i>estradiol 0.0375mg patch(2/wk)</i> (Vivelle-Dot)	T1	QL(16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.05 mg patch</i> (2/wk) (Minivelle)	T1	QL(16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.05 mg patch</i> (2/wk) (Vivelle-Dot)	T1	QL(16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.075 mg patch</i> (2/wk) (Minivelle)	T1	QL(16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.075 mg patch</i> (2/wk) (Vivelle-Dot)	T1	QL(16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.1 mg patch</i> (2/wk) (Minivelle)	T1	QL(16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.1 mg patch</i> (2/wk) (Vivelle-Dot)	T1	QL(16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.1% (0.5mg) gel pkt</i> (Divigel)	T1	HD
<i>estradiol valerate</i> (Delestrogen)	T1	HD
<i>estradiol/norethindrone acet</i>	T1	HD
<i>estradiol/norethindrone acet</i> (Activella)	T1	HD
ESTROGEL	T3	HD
EVAMIST	T3	HD
FEMHRT (<i>norethindron-ethinyl estradiol</i>)	T3	HD
MENEST	T3	HD
MENOSTAR	T3	QL (8 patches/28 days) HD
MINIVELLE (<i>Iyllana</i>)	T3	QL (16 patches/28 days) HD
<i>norethind-eth estrad 0.5-2.5</i> (Femhrt)	T1	HD
<i>norethindrone ac/eth estradiol</i>	T1	HD
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i> (Femhrt)	T1	HD
<i>norethin-eth estrad 1 mg-5 mcg</i>	T1	HD
PREMARIN	T2	HD
PREMPHASE	T2	HD
PREMPRO	T2	HD
VIVELLE-DOT (<i>Iyllana</i>)	T3	QL (16 patches/28 days) HD
COMB. DE ESTRÓGENOS-PROGESTINAS CON ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES PARA MINERALOCORTICOIDES		
ANGELIQ	T3	HD
COMB. DE ESTRÓGENOS Y MOD. SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉN. (SERM)		
DUAVEE	T2	
GLUCOCORTICOIDES		
<i>budesonide</i>	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>budesonide</i> (Entocort Ec)	T1	
<i>cortisone acetate</i>	T1	
<i>deflazacort</i>	T4	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
GLUCOCORTICOIDES (cont.)		
<i>deflazacort (Emflaza)</i>	T4	PA SP HD
<i>dexamethasone</i>	T1	
<i>dexamethasone 1.5 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 2 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 4 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 6 mg tablet</i>	T1	
ENTOCORT EC (<i>budesonide ec</i>)	T3	
<i>hydrocortisone (Cortef)</i>	T1	
LOCORT	T1	
MEDROL	T3	
MEDROL (<i>methylprednisolone</i>)	T3	
<i>methylprednisolone (Medrol)</i>	T1	
MILLIPRED 10 MG/5 ML SOLUTION (<i>prednisolone sodium phosphate</i>)	T3	
<i>millipred 5 mg tablet</i>	T1	
ORAPRED ODT (<i>prednisolone sodium phos odt</i>)	T3	
<i>prednisolone</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate (Millipred)</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate (Orapred Odt)</i>	T1	
<i>prednisone</i>	T1	
UCERIS 9 MG ER TABLET (<i>budesonide</i>)	T3	PA QL(1 tab/day)
HORMONA LIBERADORA DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GHRH) Y ANÁLOGOS		
EGRIFTA	T4	PA SP HD
EGRIFTA SV	T4	PA SP HD
HORMONAS DEL CRECIMIENTO		
GENOTROPIN	T4	PA SP HD
NORDITROPIN FLEXPRO	T4	PA SP HD
OMNITROPE	T4	PA SP HD
SEROSTIM	T4	PA SP HD
SKYTROFA	T4	PA SP HD
SOGROYA	T4	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HORMONAS DE FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO TIPO I (IGF-I)		
INCRELEX	T4	PA SP HD
COMB. DE PROGESTINA Y ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)		
LUPANETA PACK	T4	PA SP HD
ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), SUPRESORES HIPOFISARIOS		
LUPRON DEPOT 3.75 MG KIT	T4	PA SP HD
LUPRON DEPOT 11.25 MG 3MO KIT	T4	PA SP HD
SYNAREL	T4	PA SP HD
COMB. DE PROGESTINA Y ESTRÓGENOS ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)		
ORIAHNN	T2	PA QL (2 capsules/day)
ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
CETROTIDE	T4	PA SP
<i>ganirelix acet 250 mcg/0.5 ml</i> (Ganirelix Acetate)	T4	PA SP
GANIRELIX ACET 250 MCG/0.5 ML (<i>ganirelix acetate</i>)	T4	PA SP
ORILISSA 150 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day)
ORILISSA 200 MG TABLET	T2	PA QL (2 tabs/day)
SUP. HIPOF. AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), PUBERTAD PRECOZ CENTRAL		
FENSOLVI	T4	PA SP
LUPRON DEPOT-PED	T4	PA SP HD
MINERALOCORTICOIDES		
<i>fludrocortisone acetate</i>	T1	HD
OXITÓCICOS		
CERVIDIL	T3	
<i>methylergonovine maleate</i>	T1	
PREPIDIL	T3	
PROSTIN E2 VAGINAL SUPPOSITORY	T3	
AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
<i>cabergoline</i>	T1	QL (16 tabs/28 days) HD
CRENESSITY 50 MG CAPSULE	T4	PA QL(2 caps/day) SP
CRENESSITY 100 MG CAPSULE	T4	PA QL SP
CRENESSITY 50 MG/ML SOLUTION	T4	PA QL(8 mls/day) SP
<i>danazol</i>	T1	HD
AGENTES PROGESTACIONALES		
CRINONE 4% GEL	T3	PA HD
DEPO-PROVERA 400 MG/ML VIAL	T3	HD
<i>medroxyprogesterone 10 mg tab</i> (Provera)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PROGESTACIONALES (cont.)		
medroxyprogesterone 2.5 mg tab (Provera)	T1	HD
medroxyprogesterone 5 mg tab (Provera)	T1	HD
norethindrone acetate	T1	HD
progesterone, micronized (Prometrium)	T1	HD
PROMETRIUM (progesterone)	T3	HD
AGENTES SOMATOSTÁTICOS		
lanreotide 120 mg/0.5 ml syrng	T4	PA SP HD
LANREOTIDE 120 MG/0.5 ML SYRNG	T4	PA SP HD
octreotide acetate	T4	PA SP HD
octreotide acetate (Sandostatin)	T4	PA SP HD
SANDOSTATIN (octreotide acetate)	T4	PA SP HD
SANDOSTATIN LAR DEPOT	T4	PA SP
SIGNIFOR	T4	PA SP
SIGNIFOR LAR	T4	PA SP
SOMATULINE DEPOT	T4	PA SP HD
ESTRÓGENOS VAGINALES PARA DISFUNCIÓN SEXUAL		
IMVEXXY 10 MCG MAINTENANCE PAK	T3	QL (16/28 days) HD
IMVEXXY 10 MCG STARTER PACK	T3	QL (36/28 days) HD
IMVEXXY 4 MCG MAINTENANCE PACK	T3	QL (16/28 days) HD
IMVEXXY 4 MCG STARTER PACK	T3	QL (36/28 days) HD
PREPARACIONES DE ESTRÓGENOS VAGINALES		
ESTRACE (estradiol)	T3	HD
estradiol (Vagifem)	T1	QL (36 tabs/28 days)
estradiol 0.01% cream (Estrace)	T1	HD
estradiol 10 mcg vaginal insrt (Vagifem)	T1	QL (36 tabs/28 days) HD
FEMRING	T3	HD
PREMARIN	T2	HD
VAGIFEM (yuvaferm)	T3	QL (36 tabs/28 days) HD
HORMONAS (Infertilidad)		
PREPARACIONES PARA ESTIMULAR LA FERTILIDAD, SIN FSH		
clomiphene citrate	T1	
HORMONAS FOLICULOESTIMULANTES Y LUTEINIZANTES		
MENOPUR	T4	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos
 T2 – Habitualmente marcas preferidas
 T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad
 PA – Autorización previa
 QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
 AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
 PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
 CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Infertilidad) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (FSH)		
FOLLISTIM AQ	T4	PA SP
GONAL-F	T4	PA SP
GONAL-F RFF	T4	PA SP
GONAL-F RFF REDI-JECT	T4	PA SP
GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG)		
CHORIONIC GONADOTROPIN	T4	PA SP
CHORIONIC GONAD 10, 000 UNIT VL	T4	PA SP
CHORIONIC GONAD 12, 000 UNIT VL	T4	SP
CHORIONIC GONAD 6, 000 UNIT VL	T4	SP
NOVAREL	T4	PA SP
OVIDREL	T4	PA SP
PREGNYL	T4	PA SP
AGENTES PARA FACILITAR/MANTENER EL EMBARAZO, HORMONALES		
CRINONE 8% GEL	T2	
ENDOMETRIN	T2	
HORMONAS (Varias)		
ANÁLOGOS DE LA HORMONA LEPTINA		
MYALEPT	T4	PA SP HD
HORMONAS (Productos para la osteoporosis)		
AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA		
teriparatide 560mcg/2.4ml pen	T4	PA QL(0.09 mls/day) SP HD
TERIPARATIDE 620 MCG/2.48 ML	T4	PA QL(0.09 mls/day) SP HD
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
calcitonin, salmon, synthetic	T1	HD
ibandronate sodium	T1	HD
MIACALCIN	T2	HD
INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA IL-23, ANTICUERPOS MONOCLONALES		
OMVOH	T4	PA QL SP HD
OMVOH PEN	T4	PA QL(2 pens/28 days) SP HD
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-4 (IL-4), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
DUPIXENT PEN	T4	PA SP HD
DUPIXENT SYRINGE	T4	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6)		
ACTEMRA	T4	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ACTEMRA ACTPEN	T4	PA QL (4 pens/28 days) SP HD
ENSPRYNG	T4	PA SP HD
KEVZARA 150 MG/1.14 ML PEN INJ	T4	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 150 MG/1.14 ML SYRINGE	T4	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML PEN INJ	T4	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML SYRINGE	T4	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
KEVZARA 150 MG/1.14 ML PEN INJ	T4	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 150 MG/1.14 ML SYRINGE	T4	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML PEN INJ	T4	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML SYRINGE	T4	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
TYENNE	T4	PA QL(3.6 ml/28 days) SP
TYENNE AUTOINJECTOR	T4	PA QL(3.6 ml/28 days) SP

ANTICUERPOS MONOCLONALES-INHIB. DE LA INTERLEUCINA HUMANA I2/23

STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
STELARA 45 MG/0.5 ML VIAL	T4	PA QL (1 vial/84 days) SP HD
STELARA 90 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
SELARSDI	T4	PA QL(1 syringe/84 days) SP
USTEKINUMAB-TTWE	T4	PA QL(1 syringe/84 days) SP HD
YESINTEK	T4	PA QL(1 syringe/84 days) SP

INMUNOSUPRESORES (Condiciones cutáneas)

AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS

ELIDEL (<i>pimecrolimus</i>)	T3	
<i>pimecrolimus</i> (Elidel)	T1	
PROTOPIC (<i>tacrolimus</i>)	T3	
<i>tacrolimus</i> 0.03% ointment	T1	
<i>tacrolimus</i> 0.1% ointment	T1	

INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante)

INMUNOSUPRESORES

ASTAGRAF XL	T4	SP HD
AZASAN	T4	SP HD
<i>azathioprine</i> (Imuran)	T4	SP HD
<i>cyclosporine</i> (Sandimmune)	T4	SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INMUNOSUPRESORES (cont.)		
<i>cyclosporine, modified</i>	T4	SP HD
<i>cyclosporine, modified</i> (Neoral)	T4	SP HD
ENVARUS XR	T4	SP HD
<i>everolimus 0.25 mg tablet</i> (Zortress)	T4	SP HD
<i>everolimus 0.5 mg tablet</i> (Zortress)	T4	SP HD
<i>everolimus 0.75 mg tablet</i> (Zortress)	T4	SP HD
LUPKYNIS	T4	PA QL(6 caps/day) SP
<i>mycophenolate mofetil</i> (Cellcept)	T4	SP HD
PROGRAF (<i>tacrolimus</i>)	T4	SP HD
<i>sirolimus</i> (Rapamune)	T4	SP HD
<i>tacrolimus 0.5 mg capsule</i> (ir) (Prograf)	T4	SP HD
<i>tacrolimus 1 mg capsule</i> (ir) (Prograf)	T4	SP HD
<i>tacrolimus 5 mg capsule</i> (ir) (Prograf)	T4	SP HD
ZORTRESS	T4	SP HD
ZORTRESS (<i>everolimus</i>)	T4	SP HD

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes)

SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS		
AGAMATRIX CONTROL SOLUTION	T1	
AUTOLET LITE	T1	
CARESENS	T1	
CARETOUCH CONTROL SOLUTION	T1	
CEQR SIMPLICITY	T2	
CEQR SIMPLICITY INSERTER	T2	
CHOSEN LANCING DEVICE	T1	
DEXCOM G6 RECEIVER	T2	PA QL (1 syringe/365 days)
DEXCOM G6 SENSOR	T2	PA QL (3/30 days)
DEXCOM G6 TRANSMITTER	T2	PA QL (1 syringe/67 days)
DEXCOM G7 RECIEVER	T2	PA QL(1 unit/365 days)
DEXCOM G7 SENSOR	T2	PA QL(3 sensors/30 days)
EASY TOUCH BLULINK CTRL SOLN	T1	
EASY TRAK II CONTROL SOLUTION	T1	
ENLITE SERTER	T1	
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR	T2	PA QL(2 units/30 days)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
FREESTYLE LIBRE 2 READER	T2	PA QL (1 reader/day)
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	T2	PA QL(2 sensors/21 days)
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR	T2	PA QL(2 units/28 days)
FREESTYLE LIBRE 3 READER	T2	PA QL(1 unit/720 days)
FREESTYLE LIBRE 10 DAY READER	T2	PA QL (1 reader/day)
FREESTYLE LIBRE 10 DAY SENSOR	T2	PA QL (3/30 days)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	T2	PA QL (1 reader/day)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	T2	PA QL (2/28 days)
GLUCOCOM AUTOLINK	T1	
GUARDIAN RT CHARGER	T1	
GUARDIAN RT STARTER KIT	T1	
GUARDIAN TEST PLUG	T1	
FORA TN'GO ADV MOBILE MULTIFN MTR	T3	
FORA TN'GO ADVANCE MULTIFN MTR	T3	
HUMAPEN LUXURA HD	T1	
IHEALTH CONTROL SOLN LEVEL 2	T1	
INPEN (FOR HUMALOG)	T1	
INPEN (FOR NOVOLOG OR FIASP)	T1	
LITE TOUCH LANCING PEN	T1	
MOBILE LANCETS	T1	
NOVOPEN ECHO	T1	
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS)	T2	QL(30 crtgs/30 days)
OMNIPOD 5 (GEN 5) KIT	T2	QL (1 kit/365 days)
OMNIPOD 5 (GEN 5) PODS	T2	QL (30 pods/30 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	T2	QL
OMNIPOD CLASSIC (GEN 3) KIT	T2	QL (1 kit/365 days)
OMNIPOD CLASSIC (GEN 4) KIT	T2	QL (1 kit/365 days)
OMNIPOD CLASSIC (GEN 3) PODS	T2	QL (30 pods/30 days)
OMNIPOD CLASSIC (GEN 4) PODS	T2	QL (30 pods/30 days)
OMNIPOD DASH 5 PACK POD	T2	PA QL (6 boxes/30 days)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO(GEN 5)	T2	QL(1 unit/365 days)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS (GEN 5)	T2	QL(30 crtgs/30 days)
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET	T1	
ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLN	T1	
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP	T2	
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET	T1	
ONETOUCH VERIO HIGH CNTRL SOLN	T1	
ONETOUCH VERIO MID CNTRL SOLN	T1	
ONETOUCH VERIO TEST STRIP	T2	
PRO COMFORT SAFETY LANCET	T1	
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR	T1	
SEN-SERTER	T1	
UNIFINE SAFECONTROL	T1	
V-GO 20, V-GO 30, V-GO 40	T2	
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)		
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH	T1	
2-IN-1 LANCET DEVICE	T1	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM	T1	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO	T1	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS	T1	
ACCU-CHEK SOFTCLIX	T1	
ACTI-LANCE	T1	
ADVANCED TRAVEL LANCETS	T1	
ADVOCATE LANCET	T1	
ADVOCATE SAFETY LANCET	T1	
ALTERNATE SITE LANCETS	T1	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS	T1	
ASSURE LANCE	T1	
ASSURE LANCE PLUS	T1	
BD MICROTAINER LANCETS	T1	
BD ULTRA-FINE	T1	
BD ULTRA-FINE II	T1	
BLOOD LANCETS	T1	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	T1	
BUTTERFLY TOUCH LANCET	T1	
CAREONE	T1	
CARESENS LANCET	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
CARETOUCH SAFETY LANCETS	T1	
CARETOUCH TWIST LANCET	T1	
CHOSEN LANCET	T1	
CLEVER CHEK LANCETS	T1	
COAGUCHEK	T1	
COLOR LANCETS	T1	
COMFORT EZ	T1	
COMFORT LANCETS	T1	
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC	T1	
COMFORT TOUCH ULT THIN LANCET	T1	
DROPLET LANCETS	T1	
EASY COMFORT LANCETS	T1	
EASY TOUCH	T1	
EASY TWIST & CAP LANCETS	T1	
EMBRACE 30G LANCETS	T1	
EMBRACE SAFETY LANCET	T1	
EZ SMART LANCETS	T1	
EZ-LETS	T1	
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS	T1	
FINE 30 UNIVERSAL LANCETS	T1	
FINGERSTIX	T1	
FORA LANCETS	T1	
FORACARE LANCETS	T1	
FREESTYLE LANCETS	T1	
FREESTYLE UNISTIK 2	T1	
GLUCOCOM	T1	
GLUCOCOM LANCETS	T1	
GOJJI LANCETS	T1	
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET	T1	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS	T1	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS	T1	
INJECT EASE LANCETS	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
INVACARE LANCETS	T1	
LANCETS	T1	
LANCETS THIN	T1	
LANCETS ULTRA THIN	T1	
LITE TOUCH	T1	
LITE TOUCH 28G LANCETS	T1	
LITE TOUCH 30G LANCETS	T1	
LITE TOUCH 33G LANCETS	T1	
MEDISENSE THIN LANCETS	T1	
MEDLANCE PLUS	T1	
MICRO THIN LANCET	T1	
MICRO THIN LANCETS	T1	
MICROLET	T1	
MOBILE LANCETS	T1	
MONOLET LANCETS	T1	
MONOLET THIN LANCETS	T1	
MYGLUCOHEALTH LANCETS	T1	
NOVA SAFETY LANCETS	T1	
NOVA SUREFLEX	T1	
ON CALL LANCET	T1	
ON CALL PLUS LANCET	T1	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET	T1	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET	T1	
ONETOUCH LANCETS	T1	
ONETOUCH SURESOFT	T1	
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET	T1	
ON-THE-GO	T1	
PERFECT POINT SAFETY LANCETS	T1	
PIP LANCET	T1	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS	T1	
PRO COMFORT LANCET	T1	
PRO COMFORT LANCETS	T1	
PRO COMFORT SAFETY LANCET	T1	
PRODIGY LANCETS	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
PRODIGY TWIST TOP LANCET	T1	
PURE COMFORT LANCETS	T1	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS	T1	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS	T1	
READYLANCER SAFETY LANCETS	T1	
RELIAMED	T1	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS	T1	
RIGHTTEST GL300 LANCETS	T1	
SAFETY LANCETS	T1	
SAFETY SEAL LANCETS	T1	
SAFETY-LET	T1	
SINGLE-LET	T1	
SMART SENSE	T1	
SMART SENSE LANCETS	T1	
SMARTTEST LANCET	T1	
SOLUS V2	T1	
SOLUS V2 LANCETS	T1	
STERILANCE TL	T1	
STERILE LANCETS	T1	
SUPER THIN LANCETS	T1	
SURE COMFORT LANCETS	T1	
SURE-LANCE	T1	
SURE-TOUCH	T1	
TECHLITE LANCETS	T1	
TELCARE ULTRA THIN 30G LANCETS	T1	
THIN LANCETS	T1	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET	T1	
TOPCARE UNIVERSAL1 THIN LANCET	T1	
TRUE COMFORT LANCET	T1	
TRUE COMFORT SAFETY LANCET	T1	
TRUEPLUS LANCET	T1	
TRUEPLUS LANCETS	T1	
TWIST LANCETS	T1	
TWIST TOP LANCET	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
ULTILET BASIC	T1	
ULTILET CLASSIC	T1	
ULTILET LANCETS	T1	
ULTILET SAFETY	T1	
ULTRA-THIN II LANCETS	T1	
ULTRA THIN LANCETS	T1	
ULTRA THIN PLUS LANCETS	T1	
ULTRA-CARE LANCETS	T1	
ULTRALANCE	T1	
ULTRA-THIN II	T1	
ULTRATLC LANCETS	T1	
UNILET COMFORTOUCH	T1	
UNILET EXCELITE	T1	
UNILET EXCELITE II	T1	
UNILET GP LANCET	T1	
UNILET LANCET	T1	
UNILET LANCETS	T1	
UNISTIK 2 COMFORT	T1	
UNISTIK 2 EXTRA	T1	
UNISTIK 2 NORMAL	T1	
UNISTIK 3	T1	
UNISTIK 3 COMFORT	T1	
UNISTIK 3 DUAL	T1	
UNISTIK 3 EXTRA	T1	
UNISTIK 3 NORMAL	T1	
UNISTIK COMFORT	T1	
UNISTIK CZT	T1	
UNISTIK EXTRA	T1	
UNISTIK NORMAL	T1	
UNISTIK PRO	T1	
UNISTIK SAFETY	T1	
UNISTIK TOUCH	T1	
UNIVERSAL 1	T1	
UNISTIK 2 COMFORT	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
UNISTIK 2 EXTRA	T1	
UNISTIK 2 NORMAL	T1	
UNISTIK 3 COMFORT	T1	
UNISTIK 3 DUAL	T1	
VERIFINE SAFETY LANCET MINI	T1	
VERIFINE UNIVERSAL LANCET	T1	
VIVAGUARD LANCET	T1	
VIVAGUARD SAFETY LANCET	T1	
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA		
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	T1	
BLUNT NEEDLE	T1	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE	T1	
DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE	T1	
ECLIPSE NEEDLE	T1	
EMBRACE PEN NEEDLE	T1	
FILTER NEEDLE	T1	
HYPODERMIC NEEDLE	T1	
INSUPEN PEN NEEDLE	T1	
MONOJECT BLOOD COLLECTION	T1	
NEEDLES	T1	
PERFECT POINT SAFETY NEEDLE	T1	
PRECISIONGLIDE NEEDLE	T1	
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	T1	
NANO PEN NEEDLE	T1	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE	T1	
JERINGAS Y ACCESORIOS		
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2)	T1	
BD INS SYR UF 0.3ML 12.7MMX30G	T1	
BD INS SYR UF 0.5ML 12.7MMX30G	T1	
BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G	T1	
BD INS SYRN UF 1 ML 30G 12.7MM	T1	
BD INS SYRNG 0.3 ML 29GX12.7MM	T1	
BD INS SYRNG 0.5 ML 29GX12.7MM	T1	
BD INS SYRNG UF 0.3 ML 8MMX31G	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
BD INS SYRNG UF 0.5 ML 8MMX31G	T1	
BD INSULIN SYR 0.5 ML 28GX1/2"	T1	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1"	T1	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8"	T1	
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2"	T1	
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX12.7MM	T1	
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8"	T1	
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2"	T1	
BD INSULIN SYR 1 ML 29GX12.7MM	T1	
BD INSULIN SYR UF 1 ML 8MMX31G	T1	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML	T1	
DROPLET 0.3 ML 29G 12.7MM(1/2)	T1	
DROPLET 0.3 ML 30G 12.7MM(1/2)	T1	
DROPLET INS 0.3ML 30G 8MM(1/2)	T1	
DROPLET INS 0.3ML 31G 6MM(1/2)	T1	
DROPLET INS 0.3ML 31G 8MM(1/2)	T1	
DROPLET INS 0.5 ML 29G 12.7MM	T1	
DROPLET INS 0.5 ML 30G 12.7MM	T1	
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 6MM	T1	
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 8MM	T1	
DROPLET INS SYR 0.5ML 30G 8MM	T1	
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 8MM	T1	
DROPLET INS SYR 1 ML 31G 6MM	T1	
DROPLET INS SYR 1 ML 31G 8MM	T1	
DROPLET INS SYR 1ML 29G 12.7MM	T1	
DROPLET INS SYR 1ML 30G 12.7MM	T1	
EASY COMFORT SYR 0.5ML 29G 8MM	T1	
EASY COMFORT SYR 1 ML 29G 8MM	T1	
INSULIN SYRINGE	T1	
INSULIN SYRINGE U-500	T1	
MINIMED RESERVOIR	T1	
PARADIGM	T1	
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG	T1	
ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16"	T1	
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G	T1	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G	T1	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G	T1	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G	T1	
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G	T1	
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G	T1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE	T1	

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios)

AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS		
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER MECHANICAL VENT	T2	QL (1 spacer/365 days)
AEROCHAMBER MINI	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER MV	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER WITH FLOWSIGNAL	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	T2	QL (1 unit/year)
AEROTRACH PLUS	T2	QL (1 unit/year)
AEROVENT PLUS	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE SPACER-ADULT MASK, INFANT MASK	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE SPACER-LARGE MASK	T2	QL (1 mask/365 days)
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
COMFORTSEAL	T2	QL
COMPACT SPACE CHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
EASIVENT	T2	QL (1 unit/year)
E-Z SPACER	T2	QL (1 unit/year)
FLEXICHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
FLEXICHAMBER MASK	T2	QL (1 unit/year)
INSPIRACHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
LITEAIRE	T2	QL (1 unit/year)
LITETOUCH	T2	QL (1 unit/year)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS (cont.)		
MICROCHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
MICROSPACER	T2	QL (1 unit/year)
OPTICHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
OPTICHAMBER DIAMOND	T2	QL (1 unit/year)
POCKET CHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
PRIMEAIRE	T2	QL (1 unit/year)
PRO COMFORT SPACER WITH MASK	T2	QL (1 unit/year)
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK	T2	QL (1 unit/year)
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK	T2	QL (1 unit/year)
PROCHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
RITEFLO	T2	QL (1 unit/year)
SILICONE MASK	T2	QL (1 unit/year)
SPACE CHAMBER-LARGE MASK	T2	QL (1 unit/year)
SPACE CHAMBER-MEDIUM MASK	T2	QL (1 unit/year)
SPACE CHAMBER-SMALL MASK	T2	QL (1 unit/year)
UNISTIK 3 NORMAL	T1	
VORTEX	T2	QL (1 unit/year)
VORTEX HOLDING CHAMBER-CHILD	T2	QL (1 unit/year)
VORTEX HOLDING CHAMBER-TODDLER	T2	QL (1 unit/year)
VORTEX VHC FROG MASK	T2	QL (1 unit/year)
VORTEX VHC LADYBUG MASK	T2	QL (1 unit/year)
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS CONTRAIRRITANTE RUBEFACIENTE TÓPICO		
COMFORT PAC-CYCLOBENZAPRINE	T3	
COMFORT PAC-TIZANIDINE	T3	
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS		
<i>baclofen</i>	T1	HD
<i>carisprodol/aspirin</i>	T1	
<i>chlorzoxazone</i>	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	T1	
DANTRIUM (<i>dantrolene sodium</i>)	T3	
<i>dantrolene sodium</i>	T1	
FEXMID (<i>cyclobenzaprine hcl</i>)	T3	
<i>metaxalone tablet (Skelaxin)</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS CONTRAIRRITANTE RUBEFACIENTE TÓPICO		
<i>methocarbamol</i>	T1	
<i>methocarbamol 1,000 mg tablet</i>	T1	
<i>orphenadrine citrate</i>	T1	
OZOBAX DS	T3	
ROBAXIN-750 (<i>methocarbamol</i>)	T3	
SKELAXIN (<i>metaxalone</i>)	T3	
SOMA (<i>vanadom</i>)	T3	
<i>tizanidine hcl</i>	T1	
<i>tizanidine hcl</i> (Zanaflex)	T1	
ZANAFLEX (<i>tizanidine hcl</i>)	T3	

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias)

PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES		
ATABEX EC	T3	
CITRANATAL 90 DHA	T3	
CITRANATAL ASSURE	T3	
CITRANATAL DHA	T3	
CITRANATAL HARMONY	T3	
CITRANATAL RX	T3	
OBSTETRIX EC	T3	
OBTREX DHA	T3	
<i>pnv 22/iron, gluc/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>pnv 66/iron/folic/docusate/dha</i>	T1	
<i>pnv 69/iron/folic/docusate/dha</i>	T1	
<i>pnv 80/iron fum/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>pnv no.154/iron fum/folic acid</i>	T1	
<i>pnv/ferrous fum/docusate/folic</i>	T1	
<i>pnv/iron, carb/docusat/folic ac</i>	T1	
<i>prenatal 12/iron/folic/dss/om3</i> (Obtrex Dha)	T1	
PRENATAL 19	T1	
<i>prenatal 34/iron/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>prenatal vits15/iron/folic/dss</i>	T1	
VITAFOL FE+	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) ¹⁰		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2		
<i>mirtazapine</i>	T1	HD
<i>mirtazapine</i> (Remeron)	T1	HD
ANTIDEPRESIVOS - DEPRESIÓN POSPARTO (PPD)		
ZURZUVAE 20 MG CAPSULE	T4	PA QL(28 caps/270 days) SP HD
ZURZUVAE 25 MG CAPSULE	T4	PA QL(28 caps/270 days) SP HD
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	T4	PA QL(14 caps/270 days) SP HD
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS		
<i>alprazolam</i>	T1	
<i>alprazolam</i> (Xanax Xr)	T1	
<i>alprazolam</i> (Xanax)	T1	
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	T1	
<i>clorazepate dipotassium</i>	T1	
<i>clorazepate dipotassium</i> (Tranxene T-tab)	T1	
<i>diazepam 10 mg tablet</i> (Valium)	T1	
<i>diazepam 2 mg tablet</i> (Valium)	T1	
<i>diazepam 5 mg tablet</i> (Valium)	T1	
<i>diazepam 5 mg/5 ml solution</i>	T1	
<i>diazepam 5 mg/ml oral conc</i>	T1	
<i>lorazepam</i>	T1	
<i>oxazepam</i>	T1	
TRANXENE T-TAB (<i>clorazepate dipotassium</i>)	T3	
XANAX XR 2 MG TABLET (<i>alprazolam</i>)	T3	
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS		
<i>buspirone hcl</i>	T1	HD
<i>meprobamate</i>	T1	
MEDICAMENTOS PARA TRASTORNO BIPOLAR		
EQUETRO	T3	HD
<i>lithium carbonate</i>	T1	HD
<i>lithium carbonate</i> (Lithobid)	T1	HD
<i>lithium citrate</i>	T1	HD
MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES		
MARPLAN	T3	QL (12 tabs/day)
<i>phenelzine sulfate</i> (Nardil)	T1	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)¹⁰ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (MAO)		
EMSAM 12 MG/24 HOURS PATCH	T3	QL (1 patch/day)
EMSAM 6 MG/24 HOURS PATCH	T3	QL (2 patches/day)
EMSAM 9 MG/24 HOURS PATCH	T3	QL (1 patch/day)
INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI)		
<i>bupropion hcl 100 mg tablet</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl 75 mg tablet</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl sr 100 mg tablet (Wellbutrin Sr)</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet (Wellbutrin Sr)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl sr 200 mg tablet (Wellbutrin Sr)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl xl 150 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl xl 300 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>bupropion hcl xl 150 mg tablet (Wellbutrin XL)</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl xl 300 mg tablet (Wellbutrin XL)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
WELLBUTRIN SR 100 MG TABLET (<i>bupropion hcl sr</i>)	T3	QL (4 tabs/day) ST HD
WELLBUTRIN SR 150 MG TABLET (<i>bupropion hcl sr</i>)	T3	QL (2 tabs/day) ST HD
WELLBUTRIN SR 200 MG TABLET (<i>bupropion hcl sr</i>)	T3	QL (2 tabs/day) ST HD
AGONISTAS INVERSOS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT_{2A} (SSIA)		
NUPLAZID	T4	PA SP HD
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)		
<i>citalopram hbr 10 mg tablet (Celexa)</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>citalopram hbr 20 mg tablet (Celexa)</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>citalopram hbr 40 mg tablet (Celexa)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5 ml</i>	T1	QL (20ml/day) HD
<i>escitalopram 5 mg tablet</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>escitalopram 10 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>escitalopram 20 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>fluoxetine hcl</i>	T1	QL (4 caps/28 days) HD
<i>fluoxetine hcl 10 mg capsule (Prozac)</i>	T1	QL (8 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 10 mg tablet (Sarafem)</i>	T1	HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg capsule (Prozac)</i>	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>fluoxetine 20 mg/5 ml soln cup</i>	T1	QL (20 mls/day) HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg tablet</i>	T1	HD
<i>fluoxetine hcl 40 mg capsule (Prozac)</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 60 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)¹⁰ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI) (cont.)		
<i>fluvoxamine er 100 mg capsule</i>	T1	QL (3 caps/day) HD
<i>fluvoxamine er 150 mg capsule</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	T1	QL (12 tabs/day) HD
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>paroxetine cr 12.5 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>paroxetine cr 25 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>paroxetine cr 37.5 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>paroxetine er 12.5 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>paroxetine er 25 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>paroxetine er 37.5 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 10 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 20 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 30 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 40 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
SARAFEM (<i>fluoxetine hcl</i>)	T3	ST HD
<i>sertraline 20 mg/ml oral conc (Zoloft)</i>	T1	QL (10ml/day) HD
<i>sertraline hcl 100 mg tablet (Zoloft)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>sertraline hcl 25 mg tablet (Zoloft)</i>	T1	QL (8 tabs/day) HD
<i>sertraline hcl 50 mg tablet (Zoloft)</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN/ANTAGONISTAS DE LA SEROTONINA-2 (SARI)		
<i>nefazodone hcl</i>	T1	HD
<i>trazodone hcl</i>	T1	HD
INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI)		
<i>desvenlafaxine succnt er 100mg</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>desvenlafaxine succnt er 25 mg</i>	T1	QL (16 tabs/day) HD
<i>desvenlafaxine succnt er 50 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 20 mg cap</i>	T1	QL (6 caps/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 30 mg cap</i>	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 40 mg cap</i>	T1	QL (3 caps/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 60 mg cap</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	T3	QL (28 caps/180 days) ST
FETZIMA ER 120 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)¹⁰ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI) (cont.)		
FETZIMA ER 20 MG CAPSULE	T3	QL (6 caps/day) ST
FETZIMA ER 40 MG CAPSULE	T3	QL (3 caps/day) ST
FETZIMA ER 80 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST
venlafaxine hcl 100 mg tablet	T1	QL (3 tabs/day) HD
venlafaxine hcl 25 mg tablet	T1	QL (15 tabs/day) HD
venlafaxine hcl 37.5 mg tablet	T1	QL (10 tabs/day) HD
venlafaxine hcl 50 mg tablet	T1	QL (7 tabs/day) HD
venlafaxine hcl 75 mg tablet	T1	QL (5 tabs/day) HD
venlafaxine hcl er 150 mg cap (Effexor Xr)	T1	QL (2 caps/day) HD
venlafaxine hcl er 150 mg tab	T1	QL (2 tabs/day) HD
venlafaxine hcl er 225 mg tab	T1	QL (1 tab/day) HD
venlafaxine hcl er 37.5 mg cap (Effexor Xr)	T1	QL (8 caps/day) HD
venlafaxine hcl er 37.5 mg tab	T1	QL (8 tabs/day) HD
venlafaxine hcl er 75 mg cap (Effexor Xr)	T1	QL (4 caps/day) HD
venlafaxine hcl er 75 mg tab	T1	QL (4 tabs/day) HD
SSRI Y ANTIDEPRESIVOS AGONISTAS PARCIALES DE 5HT1A		
vilazodone hcl 10 mg tablet (Viibryd)	T1	QL (1 tab/day) HD
vilazodone hcl 20 mg tablet (Viibryd)	T1	QL (1 tab/day) HD
vilazodone hcl 40 mg tablet (Viibryd)	T1	HD
VIIBRYD 10 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
VIIBRYD 10-20 MG STARTER PACK	T3	ST HD
VIIBRYD 20 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
VIIBRYD 40 MG TABLET	T3	ST HD
SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA		
TRINTELLIX 10 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day)
TRINTELLIX 20 MG TABLET	T2	
TRINTELLIX 5 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day)
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-BENZODIAZEPINAS		
amitriptyline/chlordiazepoxide	T1	HD
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-FENOTIAZINAS		
perphenazine/amitriptyline hcl	T1	HD
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.		
amoxapine	T1	HD
clomipramine hcl	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)¹⁰ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.		
<i>desipramine hcl</i>	T1	HD
<i>doxepin 10 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 10 mg/ml oral conc</i>	T1	HD
<i>doxepin 100 mg, 150 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 25 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 50 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 75 mg capsule</i>	T1	HD
<i>imipramine hcl</i>	T1	HD
<i>imipramine pamoate</i>	T1	HD
<i>maprotiline hcl</i>	T1	HD
<i>nortriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>protriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>trimipramine maleate</i>	T1	HD

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)¹⁰

TRAT. PARA EL ADHD - AGONISTAS SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ALFA 2

<i>clonidine hcl</i> (Kapvay)	T1	
<i>guanfacine hcl</i> (Intuniv)	T1	HD

TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA

DAYTRANA	T3	PA QL (1 patch/day)
<i>dexmethylphenidate er 10 mg cp</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 15 mg cp</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>dexmethylphenidate er 20 mg cp</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 25 mg cp</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 30 mg cp</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 35 mg cp</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 40 mg cp</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate hcl</i> (Focalin)	T1	PA
FOCALIN (<i>dexmethylphenidate hcl</i>)	T3	PA ST
METHYLIN (<i>methylphenidate hcl</i>)	T3	PA
<i>methylphenidate hcl</i> (Metadate Cd)	T1	PA QL(1 cap/day)
<i>methylphenidate</i> (Daytrana)	T1	PA QL(1 patch/day)
<i>methylphenidate 10 mg/9hr ptch</i> (Daytrana)	T1	PA QL(1 patch/day)
<i>methylphenidate 15 mg/9hr ptch</i> (Daytrana)	T1	PA QL(1 patch/day)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)¹⁰ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA (cont.)		
<i>methylphenidate 20 mg/9hr ptch</i> (Daytrana)	T1	PA QL(1 patch/day)
<i>methylphenidate 30 mg/9hr ptch</i> (Daytrana)	T1	PA QL(1 patch/day)
<i>methylphenidate er 10 mg tab</i>	T1	PA QL (2 tabs/day)
<i>methylphenidate er 18 mg tab</i>	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>methylphenidate er 18 mg tab</i> (Relexxii)	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>methylphenidate er 10, 15, 20 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 20 mg tab</i>	T1	PA QL (3/day)
<i>methylphenidate er 27 mg tab</i>	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>methylphenidate er 30 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 36 mg tab</i>	T1	PA QL (2 tabs/day)
<i>methylphenidate er 40 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 50 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 54 mg tab</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 60 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate hcl</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate hcl</i> (Methylin)	T1	PA
<i>methylphenidate hcl</i> (Ritalin)	T1	PA
<i>methylphenidate la 10 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate la 20 mg cap</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate la 30 mg cap</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate la 40 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate la 60 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
QUILLIVANT XR	T3	PA QL (12ml/day)
RITALIN (<i>methylphenidate hcl</i>)	T3	PA ST
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD), TIPO NRI		
<i>atomoxetine hcl 10 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 100 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 18 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 25 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 40 mg capsule</i> (Strattera)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>atomoxetine hcl 60 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 80 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Varios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE DESEO SEXUAL HIPOACTIVO (HSDD)		
ADDYI	T3	PA QL (1 tab/day)
VYLEESI	T4	PA QL (8 injectors/30 days) SP
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)¹⁰		
ANTIPSIC., ANTAG. DE LA DOPAMINA, DIFENILBUTILPIPERIDINAS		
<i>pimozide</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>asenapine maleate</i> (Saphris)	T1	
CAPLYTA	T3	ST QL(1 tabs/caps/day)
<i>clozapine</i>	T1	
<i>clozapine</i> (Clozapine Odt)	T1	
<i>clozapine</i> (Clozaril)	T1	
CLOZAPINE ODT	T1	
CLOZARIL (<i>clozapine</i>)	T3	ST
INVEGA ER 1.5 MG TABLET (<i>paliperidone er</i>)	T3	ST
INVEGA ER 3 MG TABLET (<i>paliperidone er</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST
INVEGA ER 6 MG TABLET (<i>paliperidone er</i>)	T3	ST
INVEGA ER 9 MG TABLET (<i>paliperidone er</i>)	T3	ST
<i>lurasidone hcl 120 mg tablet</i> (Latuda)	T1	
<i>lurasidone hcl 20 mg tablet</i> (Latuda)	T1	
<i>lurasidone hcl 40 mg tablet</i> (Latuda)	T1	QL(1 tab/day)
<i>lurasidone hcl 60 mg tablet</i> (Latuda)	T1	QL(1 tab/day)
<i>lurasidone hcl 80 mg tablet</i> (Latuda)	T1	
<i>olanzapine</i>	T1	
<i>olanzapine</i> (Zyprexa)	T1	
<i>paliperidone er 1.5 mg tablet</i>	T1	
<i>paliperidone er 3 mg tablet</i> (Invega)	T1	QL (1 tab/day)
<i>paliperidone er 9 mg tablet</i> (Invega)	T1	
<i>quetiapine fumarate</i> (Seroquel Xr)	T1	
<i>quetiapine fumarate 400 mg tab</i> (Seroquel)	T1	
<i>quetiapine fumarate</i> (Seroquel)	T1	
<i>risperidone</i>	T1	
<i>risperidone</i> (Risperdal)	T1	
SAPHRIS (<i>asenapine maleate</i>)	T3	ST

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)¹⁰ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)		
SECUADO	T3	ST
SEROQUEL (<i>quetiapine fumarate</i>)	T3	ST
SEROQUEL XR (<i>quetiapine fumarate er</i>)	T3	ST
ziprasidone hcl	T1	
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D3/D2-5HT MIXTOS		
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST
VRAYLAR 3 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST
VRAYLAR 4.5 MG CAPSULE	T3	ST
VRAYLAR 6 MG CAPSULE	T3	ST
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS		
aripiprazole	T1	
aripiprazole 1 mg/ml solution	T1	
aripiprazole 2 mg tablet	T1	
aripiprazole 5 mg tablet	T1	QL (1 tab/day)
aripiprazole 10 mg tablet	T1	
aripiprazole 15 mg tablet	T1	
aripiprazole 20 mg tablet	T1	
aripiprazole 30 mg tablet	T1	
REXULTI 0.25 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 0.5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 1 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 2 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 3 MG, 4 MG TABLET	T3	ST
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
loxapine succinate	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, BUTIROFENONAS		
haloperidol	T1	
haloperidol lactate	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, DIHIDROINDOLONAS		
molindone hcl	T1	
ANTIPSICÓTICOS, FENOTIAZINAS		
chlorpromazine hcl	T1	
fluphenazine hcl	T1	
perphenazine	T1	
thioridazine hcl	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos) ¹⁰ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSICÓTICOS, FENOTIAZINAS (cont.)		
<i>trifluoperazine hcl</i>	T1	
SSRI-ANTIPSIC., ATÍPICOS, ANTAG. DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>olanzapine/fluoxetine hcl</i>	T1	
<i>olanzapine/fluoxetine hcl</i> (Symbyax)	T1	
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO		
<i>armodafinil</i>	T1	PA
<i>modafinil</i>	T1	PA
<i>modafinil</i> (Provigil)	T1	PA
SUNOSI	T2	PA QL (1 tab/day)
SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)		
AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA		
LUMRYZ	T4	PA QL(1 pack/day) SP HD
LUMRYZ STARTER PACK	T4	PA SP HD
SODIUM OXYBATE 0.5 G/ML SOLN	T4	PA QL(18 mls/day) SP HD
XYWAV	T4	PA SP HD
BARBITÚRICOS		
<i>phenobarbital</i>	T1	
<i>secobarbital sodium</i>	T3	PA
HIPNÓTICOS, AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELATONINA MT1/MT2		
HETLIOZ	T4	PA SP HD
HETLIOZ LQ	T4	PA SP HD
<i>ramelteon</i> (Rozerem)	T1	QL (1 tab/day)
<i>tasimelteon</i>	T4	PA SP
HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS		
DORAL	T3	
<i>estazolam</i>	T1	
<i>flurazepam hcl</i>	T1	
HALCION (<i>triazolam</i>)	T3	
<i>midazolam hcl</i>	T1	
QUAZEPAM	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS (cont.)		
<i>quazepam</i> (Quazepam)	T1	
<i>temazepam</i>	T1	
<i>triazolam</i> (Halcion)	T1	
HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS		
DAYVIGO	T2	QL (1 tab/day) ST
<i>doxepin hcl 3 mg tablet</i> (Silenor)	T1	QL (1 tab/day)
<i>doxepin hcl 6 mg tablet</i> (Silenor)	T1	
<i>eszopiclone</i> (Lunesta)	T1	
DAYVIGO	T2	QL (1 tab/day) ST
<i>doxepin hcl 3 mg tablet</i> (Silenor)	T1	QL (1 tab/day)
<i>doxepin hcl 6 mg tablet</i> (Silenor)	T1	
<i>zaleplon</i>	T1	
<i>zolpidem tart er 12.5 mg tab</i>	T1	
<i>zolpidem tart er 6.25 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>zolpidem tartrate</i>	T1	
<i>zolpidem tartrate 5 mg tablet</i> (Ambien)	T1	
<i>zolpidem tartrate 10 mg tablet</i> (Ambien)	T1	

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias)

IRRIGANTES		
<i>acetic acid</i>	T1	
<i>neomycin sulf/polymyxin b sulf</i>	T1	
PHYSIOLYTE	T3	
PHYSIOSOL	T3	
<i>ringer's solution</i>	T1	
<i>ringer's solution, lactated</i>	T1	
<i>sod, pot chlor/mag/sod, pot phos</i>	T3	
<i>sodium chloride irrig solution</i>	T1	
SORBITOL	T1	
SORBITOL-MANNITOL	T1	
VASHE WOUND	T3	
VASHE WOUND THERAPY	T3	
<i>water for irrigation, sterile</i>	T1	
AGENTES OXIDANTES		
<i>hydrogen peroxide</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS		
<i>acitretin</i>	T1	
BIMZELX (<i>dapsone</i>)	T4	PA QL(2 mls/28 days) SP HD
COSENTYX	T4	PA QL SP
ILUMYA	T4	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
SILIQ	T4	PA QL SP
<i>methoxsalen</i> (Oxsoralen-ultra)	T1	
OXSORALEN-ULTRA (<i>methoxsalen</i>)	T3	
SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT	T4	PA QL (1 kit/84 days) SP HD
SOTYKTU	T4	PA QL (1 tab/day) SP HD
SPEVIGO	T4	PA QL(2 mls/28 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR	T4	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK)	T4	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK)	T4	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TALTZ SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
TREMFYA 100 MG/ML PEN	T4	PA QL (1 ml/56 days) SP HD
TREMFYA 200 MG/2 ML PEN	T4	PA QL(2 syringe/28 days) SP HD
TREMFYA PEN INDUCTION PK-CROHN	T4	PA QL(2 syringe/28 days) SP HD
ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS, ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS		
DICLAREAL	T3	HD
<i>diclofenac sodium 1% gel</i>	T1	QL (1000gm/30 days) HD
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas)		
AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS		
ACUTANE	T1	
AMNESTEEM	T1	
CLARAVIS	T1	
<i>isotretinoin</i>	T1	
<i>isotretinoin</i> (Absorica)	T1	
MYORISAN	T1	
ZENATANE	T1	
AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS		
ACZONE 7.5% GEL PUMP	T3	
<i>adapalene/benzoyl peroxide</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS		
<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i>	T1	
<i>clindamycin-benzoyl perox 1-5% pmp</i>	T1	
<i>clindamycin/tretinoin</i>	T1	
<i>dapsone 5% gel (Aczone)</i>	T1	
DAPSONE 7.5% GEL	T3	
KLARON (<i>sulfacetamide sodium</i>)	T3	
ONEXTON (<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i>)	T3	
<i>sulfacetamide sodium</i> (Klaron)	T1	
ANTITRANSPIRANTES		
DRYSOL	T3	
ANTIPRURIGINOSOS, TÓPICOS		
ALEVICYN PLUS	T3	
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS		
<i>anthralin</i>	T1	
<i>calcipotriene</i>	T1	
<i>calcipotriene 0.005% cream</i>	T1	
CALCIPOTRIENE 0.005% FOAM	T3	
<i>calcipotriene 0.005% ointment</i>	T1	
<i>calcipotriene 0.005% solution</i>	T1	
<i>calcitriol 3 mcg/g ointment</i>	T1	QL (800gm/30 days)
<i>tazarotene</i> (Tazorac)	T1	
<i>tazarotene 0.05% cream</i>	T1	
AGENTES ANTISEBORREICOS		
OVACE PLUS	T3	
<i>selenium sulfide</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium</i>	T1	
TERSI FOAM	T3	
ANTISÉPTICOS, VARIOS		
GUAIACOL	T1	
PREPARACIONES PARA ÚLCERAS POR DIABETES, TÓPICAS		
REGRANEX	T3	PA QL (2 tubs/30 days)
EMOLIENTES		
<i>ammonium lactate</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EMOLIENTES (cont.)		
ATOPICLAIR	T3	
<i>emollient combination no.35</i> (Mimyx)	T1	
<i>emollient combination no.60</i> (Restizan)	T1	
<i>emollient combination no.60</i> (Restizan)	T3	
HALUCORT	T3	
HPR PLUS-MB HYDROGEL	T1	
MIMYX (<i>prumyx</i>)	T3	
RESTIZAN	T1	
<i>vite ac/grape/hyaluronic acid</i> (Atopiclair)	T1	
XCLAIR	T3	
INMUNOMODULADORES		
<i>imiquimod</i>	T1	
RUBEFIANTES/CONTRAIRITANTES		
<i>methyl salicylate</i>	T1	
QUTENZA	T3	
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
CIBINQO	T4	PA QL(30 tabs/30 days) SP
QUERATOLÍTICOS		
BENZEFOAM	T3	
BENZEPRO	T1	
<i>benzoyl peroxide</i>	T1	
<i>benzoyl peroxide</i> (Enzoclear)	T1	
<i>benzoyl peroxide</i> (Pacnex)	T1	
ENZOCLEAR	T3	
HYDRO 35	T3	
HYDRO 40 (<i>umecta</i>)	T3	
INOVA	T3	
KERAFOAM	T3	
KERALYT 6% GEL (<i>salicylic acid</i>)	T3	
<i>keralyt 6% shampoo</i>	T1	
KERALYT SCALP (<i>salicylic acid</i>)	T3	
PACNEX (<i>benzoyl peroxide</i>)	T3	
PODOCON-25	T1	
<i>podoflox</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
QUERATOLÍTICOS (cont.)		
<i>podofilox</i> (Condylox)	T1	
PR BENZOYL PEROXIDE	T1	
SALICATE	T3	
<i>salicylic acid</i>	T3	
<i>salicylic acid</i> (Keralyt Scalp)	T1	
<i>salicylic acid/ceramide comb 1</i>	T1	
SALIMEZ FORTE	T1	
SALKERA	T3	
SALVAX DUO PLUS	T3	
<i>silver nitrate</i>	T1	
<i>silver nitrate applicator</i>	T1	
URAMAXIN	T3	
URAMAXIN (<i>urea</i>)	T3	
<i>urea</i> (Hydro 35)	T1	
<i>urea</i> (Hydro 40)	T3	
<i>urea</i> (Uramaxin)	T1	
<i>urea</i> (Xurea)	T1	
XUREA	T3	
PROTECTORES		
BIONECT	T3	
PHARMABASE BARRIER	T1	
<i>polydimethylsiloxanes/silicon</i>	T1	
<i>protectives2/ceramide 1, 3, 6-ii</i>	T1	
RADIAPLEXRX	T3	
<i>zinc oxide</i>	T1	
AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS		
<i>azelaic acid</i>	T1	
<i>ivermectin</i>	T1	
<i>metronidazole</i>	T1	
SOOLANTRA (<i>ivermectin</i>)	T3	
ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS		
ARTISS	T3	
SURGISEAL STYLUS	T3	
SURGISEAL TEARDROP	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS (cont.)		
SURGISEAL TWIST	T3	
TISSEEL VHSD	T3	
ANTIINFLAM. TÓPICO, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
EUCRISA	T2	
ZORYVE 0.15% CREAM	T2	ST QL (60 gms/30 days)
AGENTES TÓPICOS, VARIOS		
GORDON'S UREA	T3	
HYFTOR	T4	PA SP
L-MESITRAN SOFT	T3	
MEDIHONEY	T3	
SAF-CLENS AF	T1	
trichloroacetic acid	T3	
TRICHLOROACETIC ACID	T1	
urea	T1	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
ALTABAX	T3	
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
ALA-SCALP (scalacort)	T3	ST
alclometasone dipropionate	T1	
amcinonide 0.1% cream	T1	
amcinonide 0.1% lotion	T1	
amcinonide	T1	
AQUA GLYCOLIC HC	T3	
betamethasone dipropionate	T1	
betamethasone valerate	T1	
betamethasone valerate (Luxiq)	T1	
betamethasone/propylene glyc	T1	
betamethasone/propylene glyc (Diprolene)	T1	
BRYHALI	T3	ST
CAPEX SHAMPOO	T3	ST
clobetasol 0.05% cream (Temovate)	T1	
clobetasol 0.05% gel	T1	
clobetasol 0.05% ointment (Temovate)	T1	
clobetasol 0.05% shampoo (Clobex)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
<i>clobetasol 0.05% solution</i>	T1	
<i>clobetasol 0.05% topical lotn</i>	T1	
<i>clobetasol prop 0.05% foam (Olux)</i>	T1	
<i>clobetasol prop 0.05% spray (Clobex)</i>	T1	
<i>clobetasol propionate/emoll</i>	T1	
CLOCORTOLONE PIVALATE	T1	
CLODAN 0.05% KIT	T3	ST
<i>clodan 0.05% shampoo</i>	T1	
CLODERM	T3	ST
DERMA-SMOOTHIE-FS (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T3	ST
DERMATOP (<i>prednicarbate</i>)	T3	ST
<i>desonide</i>	T1	
<i>desoximetasone (Topicort)</i>	T1	
DESOWEN 0.05% CREAM	T3	ST
DIPROLENE (<i>betamethasone diprop augmented</i>)	T3	ST
<i>fluocinolone acetonide (Derma-Smoothie-Fs)</i>	T1	
<i>fluocinolone/shower cap (Derma-Smoothie-Fs)</i>	T1	
<i>fluocinolone acetonide</i>	T1	
<i>fluocinolone acetonide (Derma-smoothe-fs)</i>	T1	
<i>fluocinolone acetonide (Synalar)</i>	T1	
<i>fluocinolone/shower cap (Derma-smoothe-fs)</i>	T1	
<i>fluocinonide</i>	T1	
<i>fluocinonide/emollient base</i>	T1	
<i>fluticasone prop 0.005% oint</i>	T1	
<i>fluticasone prop 0.05% cream</i>	T1	
<i>fluticasone prop 0.05% lotion</i>	T1	
<i>fluticasone propionate</i>	T1	
<i>halcinonide 0.1% solution</i>	T1	
<i>halobetasol prop 0.05% cream</i>	T1	
<i>halobetasol prop 0.05% foam</i>	T1	
<i>halobetasol prop 0.05% ointmnt</i>	T1	
<i>halobetasol propionate</i>	T1	
<i>halobetasol propionate (Ultravate)</i>	T1	
<i>hydrocortisone</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
<i>hydrocortisone</i> (Ala-scalp)	T1	
<i>hydrocortisone butyrate</i>	T1	
<i>hydrocortisone valerate</i>	T1	
LUXIQ (<i>betamethasone valerate</i>)	T3	ST
MOMETACURE	T3	
<i>mometasone furoate</i> 0.1% cream	T1	
<i>mometasone furoate</i> 0.1% oint	T1	
<i>mometasone furoate</i> 0.1% soln	T1	
NUCORT	T3	ST
<i>prednicarbate</i> (Dermatop)	T1	
SCALACORT DK	T3	ST
SYNALAR	T3	ST
SYNALAR (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T3	ST
SYNALARTS	T3	ST
TEMOVATE (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	ST
TEXACORT	T3	ST
TOPICORT (<i>desoximetasone</i>)	T3	ST
ULTRAVATE (<i>halobetasol propionate</i>)	T3	ST
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES		
ANALPRAM HC	T3	
ANALPRAM HC 1% CREAM	T3	
EPIFOAM	T2	
<i>hydrocortisone/pramoxine</i> (Pramosone)	T1	
<i>lidocaine/hydrocortisone ac</i>	T1	
MEZPAROX-HC	T1	
PRAMOSONE	T3	
AGENTES ANTICOLINÉRGICOS TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS		
QBREXZA	T3	PA
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>lindane</i>	T1	
PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS		
<i>dermazene cream</i>	T1	
DERMAZENE CREAM PACKET	T3	
<i>hydrocortisone/iodoquinol</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS		
<i>hydrocortisone/iodoquinol/aloe</i>	T1	
<i>iodine/potassium iodide</i>	T1	
<i>iodine/sodium iodide</i>	T1	
IODOFLEX	T3	
IODOSORB	T3	
<i>silver nitrate</i>	T1	
ANÁLOGOS DE VIT. D/ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
<i>calcipotriene/betamethasone</i>	T1	
ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/SUBCUT.		
SANTYL	T3	QL (60gm/30 days)
DERIVADOS DE LA VITAMINA A		
<i>adapalene</i> (Plixda)	T1	PA
PLIXDA	T1	PA
<i>tretinoin 0.01% gel</i>	T1	
<i>tretinoin 0.025% cream</i>	T1	PA
<i>tretinoin 0.025% gel</i>	T1	
<i>tretinoin 0.05% cream</i>	T1	PA
<i>tretinoin 0.05% gel</i>	T1	PA
<i>tretinoin 0.1% cream</i>	T1	PA
<i>tretinoin microspheres</i>	T1	PA
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (Productos para dejar de fumar)⁹		
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS)		
NICOTROL	T3	PPACA
NICOTROL NS	T3	PPACA
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR-AGONISTA PARCIAL DE LOS RECEPT. DE NICOTINA		
CHANTIX	T3	
<i>varenicline 0.5 mg tablet</i>	T1	PPACA
<i>varenicline 1 mg cont month bx</i>	T1	PPACA
<i>varenicline 1 mg tablet</i>	T1	PPACA
<i>varenicline starting month box</i>	T1	PPACA
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR, OTROS		
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i>	T1	PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTITIROIDEAS		
<i>methimazole</i> (Tapazole)	T1	HD
<i>propylthiouracil</i>	T1	HD
TAPAZOLE (<i>methimazole</i>)	T3	HD
HORMONAS TIROIDEAS		
ARMOUR THYROID	T3	HD
CYTOMEL (<i>liothyronine sodium</i>)	T3	HD
LEVOTHYROXINE	T3	PA HD
<i>levothyroxine 100 mcg tablet</i> (Synthroid)	T1	HD
<i>levothyroxine 112 mcg tablet</i> (Synthroid)	T1	HD
<i>levothyroxine 125 mcg tablet</i> (Synthroid)	T1	HD
<i>levothyroxine 137 mcg tablet</i> (Synthroid)	T1	HD
<i>levothyroxine 150 mcg tablet</i> (Synthroid)	T1	HD
<i>levothyroxine 175 mcg tablet</i> (Synthroid)	T1	HD
<i>levothyroxine 200 mcg tablet</i> (Synthroid)	T1	HD
<i>levothyroxine 25 mcg tablet</i> (Synthroid)	T1	HD
<i>levothyroxine 300 mcg tablet</i> (Synthroid)	T1	HD
<i>levothyroxine 50 mcg tablet</i> (Synthroid)	T1	HD
<i>levothyroxine 75 mcg tablet</i> (Synthroid)	T1	HD
<i>levothyroxine 88 mcg tablet</i> (Synthroid)	T1	HD
<i>levothyroxine sodium</i> (Synthroid)	T1	HD
<i>liothyronine sodium</i> (Cytomel)	T1	HD
SYNTHROID (<i>unithroid</i>)	T3	HD
<i>thyroid, pork</i>	T1	HD
<i>thyroid, pork</i> (Armour Thyroid)	T1	HD
<i>thyroid, pork</i> (Wp Thyroid)	T1	HD
THYROLAR-1	T3	HD
THYROLAR-1/2	T3	HD
THYROLAR-1/4	T3	HD
THYROLAR-2	T3	HD
THYROLAR-3	T3	HD
TIROSINT	T3	PA HD
TIROSINT-SOL	T3	PA HD
WP THYROID	T1	HD
WP THYROID (<i>nature-throid</i>) (<i>westhroid</i>)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (SIDA/VIH)

Nombre del medicamento con receta

Nivel del medicamento Requisitos y límites de cobertura

INHIBIDORES DEL CITOCROMO P450

TYBOST

T4

SP

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)

FIBROSIS QUÍSTICA-COMB. DE POTENCIADOR DE CFTR Y CORRECTOR

ALYFTREK 10-50-125 MG TABLET

T4

PA QL(2 tabs/day) SP HD

ALYFTREK 4-20-50 MG TABLET

T4

PA QL(3 tabs/day) SP HD

BRONCHITOL 40 MG INHALE CAP

T4

PA SP

ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET

T4

PA QL (4 tabs/day) SP HD

ORKAMBI 100-125 MG GRANULE PKT

T4

PA QL (2 packs/day) SP HD

ORKAMBI 150-188 MG GRANULE PKT

T4

PA QL (2 packs/day) SP HD

ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET

T4

PA QL (4 tabs/day) SP HD

SYMDEKO

T4

PA QL (2 tabs/day) SP HD

TRIKAFTA 100-50-75 MG/150 MG

T4

PA QL (3 tabs/day) SP HD

TRIKAFTA 100-50-75 MG/75MG PKT

T4

PA QL(3 tabs/day) SP HD

TRIKAFTA 50-25-37.5 MG/75 MG

T4

PA QL(3 tabs/day) HD

TRIKAFTA 80-40-60MG/59.5MG PKT

T4

PA QL(3 tabs/day) SP HD

FIB. QUÍSTICA-POTENCIADOR DE LA REG. DE LA CONDOC. TRANSMEMB. (CFTR)

KALYDECO 5.8 MG GRANULES PKT

T4

PA QL SP HD

KALYDECO 150 MG TABLET

T4

PA QL (2 tabs/day) SP HD

KALYDECO 25 MG GRANULES PACKET

T4

PA QL (2 packs/day) SP HD

KALYDECO 50 MG GRANULES PACKET

T4

PA QL (2 packs/day) SP HD

KALYDECO 75 MG GRANULES PACKET

T4

PA QL (2 packs/day) SP HD

SURFACTANTES PULMONARES

CUROSURF

T3

INFASURF

T3

SURVANTA

T3

MUCOLÍTICOS

PULMOZYME

T4

PA SP HD

FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS

OFEV

T4

PA SP HD

INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS

JOENJA

T4

PA QL(2 tabs/day) SP

VIJOICE 125mg,50mg

T4

PA QL (30tabs/30days) SP

VIJOICE 250mg dose pack

T4

PA QL (2 tabs/30days) SP

ZOKINVY

T4

PA QL (4 caps/day) SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA DEL BAZO		
TAVALISSE	T4	PA SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA BRADIQUININA B2		
icatibant acetate	T4	PA SP HD
INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI		
BERINERT	T4	PA SP HD
CINRYZE	T4	PA SP HD
HAEGARDA	T4	PA SP HD
RUCONEST	T4	PA SP HD
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
KALBITOR	T4	PA SP HD
ORLADEYO	T4	PA QL (1 caps/day) SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Cáncer)		
AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA		
leucovorin calcium	T1	
mesna (Mesnex)	T4	SP CSL
MESNEX	T4	SP
VISTOGARD	T4	SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales)		
PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES		
chlorhexidine gluconate (Peridex)	T1	
PERIDEX (periogard)	T1	
triamcinolone acetonide	T1	
INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL		
doxycycline hyclate	T1	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Disfunción eréctil)		
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED)		
avanafil (Stendra)	T1	QL (8 tabs/30 days)
CAVERJECT	T3	PA QL (6 injectors/30 days)
CIALIS 10 MG TABLET (tadalafil)	T3	QL (8 tabs/30 days) ST
CIALIS 20 MG TABLET (tadalafil)	T3	QL (8 tabs/30 days) ST
CIALIS 5 MG TABLET (tadalafil)	T3	QL (1 tabs/30 days) ST
EDEX	T3	PA QL (6 injectors/30 days)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Disfunción eréctil)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED)		
IFE-BIMIX 30/1	T2	
IFE-PG20	T2	
LEVITRA (<i>vardeafil hcl</i>)	T3	QL (10 tabs/30 days) ST
MUSE	T3	PA QL (6/30 days)
PAPAVERINE-ALPROSTADIL	T1	
PHENTOLAMINE-ALPROSTADIL	T1	
<i>sildenafil 100 mg tablet</i> (Viagra)	T1	QL (8 tabs/30 days) HD
<i>sildenafil 25 mg tablet</i> (Viagra)	T1	QL (8 tabs/30 days) HD
<i>sildenafil 50 mg tablet</i> (Viagra)	T1	QL (8 tabs/30 days) HD
STENDRA (<i>avanafil</i>)	T3	QL (8 tabs/30 days) ST
<i>tadalafil 10 mg tablet</i> (Cialis)	T1	QL (8 Tabs/30 days) HD
<i>tadalafil 2.5 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>tadalafil 20 mg tablet</i> (Cialis)	T1	QL (8 tabs/30 days) HD
<i>tadalafil 5 mg tablet</i> (Cialis)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>vardeafil hcl</i> (Levitra)	T1	QL (10 tabs/30 days)
VIAGRA (<i>sildenafil citrate</i>)	T3	ST QL (8 tabs/30 days)
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
CALCIMIMÉTICO, POTENCIADOR DEL CALCIO PARATIROIDEO		
<i>cinacalcet hcl</i>	T4	SP
AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
GELCLAIR	T3	
MUGARD	T3	
ORAMAGICRX	T3	
AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA		
NUMOISYN	T3	
AGENTES SUSTITUTOS DE LA SALIVA		
NEUTRASAL	T3	
AGONISTA DEL RECEPTOR DE LA HORMONA TIROIDEA (THR)		
REZDIFFRA	T4	PA QL (1 tab/day) SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales)		
AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA		
FORTEO	T4	PA QL (3ml/21 days) SP HD
<i>teriparatide 600 mcg/2.4ml pen</i> (Forteo)	T4	PA QL (0.09 mls/day) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO		
SOMAVERT	T4	PA SP HD
AGENTES PARA EL TRAT. DEL HIPERPARATIROID. - TIPO ANÁLOGO DE VITAMINA D		
<i>doxercalciferol</i>	T1	
<i>paricalcitol</i> (Zemlar)	T4	SP HD
RAYALDEE	T3	
ZEMPLAR (<i>paricalcitol</i>)	T4	SP HD
SUP. DE SÍNT. MENOPÁUSICOS-MODULADOR DE RECEPT. ESTROG. SELECT.		
OSPHENA	T3	QL (30 tabs/30 days) HD
ABORTIVOS-ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA		
MIFEPREX	T3	
<i>mifepristone</i> (Mifeprex)	T1	
<i>mifepristone 200 mg tablet</i>	T1	
<i>mifepristone 300 mg tablet</i> (Korlym)	T4	PA SP
AGENTES PARA TRATAR LA PARÁLISIS PERIÓDICA - INHIB. DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
<i>dichlorphenamide</i> (Keveyis)	T4	PA SP
INHIBIDORES DE AMONÍACO		
CARBAGLU (<i>carglumic acid</i>)	T4	SP HD
<i>carglumic acid</i> (Carbaglu)	T4	SP HD
AGENTES PARA LA AMILOIDOSIS-SUPRESIÓN DE LA TRANSTIRETINA (TTR)		
TEGSEDI	T4	PA SP HD
PREPARACIONES ANTIALCOHÓLICAS		
<i>acamprosate calcium</i>	T1	
ANTABUSE (<i>disulfiram</i>)	T3	
<i>disulfiram</i> (Antabuse)	T1	
ANTÍDOTOS, VARIOS		
CETYLEV	T3	
TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO - ANÁLOGOS DE LA PIRIDONA		
<i>pirfenidone 267 mg capsule</i> (Esbriet)	T4	PA SP HD
<i>pirfenidone 801 mg capsule</i> (Esbriet)	T4	PA SP HD
AGENTES CRIOPRESERVANTES		
<i>dimethyl sulfoxide</i>	T1	
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA TIROSINEMIA HEREDITARIA		
<i>nitisinone</i> (Orfadin)	T4	PA SP HD
NITYR	T4	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA TIROSINEMIA HEREDITARIA		
ORFADIN	T4	PA SP
ORFADIN (<i>nitisinone</i>)	T4	PA SP
MEDICAMENTOS PARA TRATAR DIAG. DE GAUCHER TIPO I, REDUCTORES DE SUSTRATOS		
CERDELGA	T4	PA SP HD
<i>miglustat</i> (Zavesca)	T4	PA SP
ZAVESCA (<i>miglustat</i>)	T4	PA SP HD
AGENTES PARA INHALACIÓN GENERALES		
HYPER-SAL	T3	
nebusal 3% vial	T1	
NEBUSAL 6% VIAL	T3	
<i>sodium chloride for inhalation</i>	T1	
<i>sodium chloride for inhalation</i> (Hyper-sal)	T1	
TRATAMIENTO DE TRASTORNO GENÉTICO - TRATAMIENTO POR DEFICIENCIA DE PROTEÍNA SMN		
EVRYSDI	T4	PA SP HD
INHIBIDOR DE LA GLUCOSILCERAMIDA SINTASA (GCS)		
<i>miglustat</i> (Zavesca)	T4	PA SP HD
OPFOLDA	T4	PA QL(8 caps/30 days) SP HD
INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA-I3 (IL-I3), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
ADBRY	T4	PA SP HD
SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - SSRI		
<i>paroxetine mesylate</i>	T1	QL(1 cap/day) HD
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, HIPOFOSFATASIA		
STRENSIQ	T4	PA SP
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, DEFICIENCIA DEL COFACTOR DE MOLIBDENO		
NULIBRY	T4	PA SP
AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES		
CHEMET	T3	
<i>deferasirox</i> (Exjade)	T4	SP HD
<i>deferasirox</i> (Jadenu Sprinkle)	T4	SP HD
<i>deferasirox</i> (Jadenu)	T4	SP HD
<i>deferiprone</i> (Ferriprox)	T4	PA SP HD
EXJADE (<i>deferasirox</i>)	T4	PA SP HD
FERRIPROX	T4	PA SP
FERRIPROX (2 TIMES A DAY)	T4	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES		
GALZIN	T4	SP
RADIOGARDASE	T3	
TRIENTINE HCL 500 MG CAPSULE	T4	PA SP HD
<i>trientine hcl</i>	T4	PA SP HD
PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS		
VOXZOGO	T4	PA SP HD
INHIBIDORES DEL RECEPTOR FC NEONATAL (FCRN)		
VYVGART HYTRULO	T4	PA SP HD
AGONISTA PARCIAL DE RECEPTORES NICOTÍNICOS, ALFA4-BETA2		
TYRVAYA	T2	QL(8.4 mls/30 days)
BASES PARA POMADAS/CREMAS		
RADIAGEL	T1	
CHAPERÓN FARMACOLÓGICO-ESTAB. DE LA ALFA-GALACTOSIDASA A		
GALAFOLD	T4	PA SP HD
AGENTE PARA TRATAR LA FENILCETONURIA-COFACTOR DE LA FENILALANINA HIDROXILASA		
<i>javygtor 100 mg powder packet (Kuvan)</i>	T4	PA SP
<i>javygtor 100 mg tablet (Kuvan)</i>	T4	PA SP HD
<i>javygtor 500 mg powder packet (Kuvan)</i>	T4	PA SP
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	T4	PA SP HD

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)

ESTABILIZADORES DE PROTEÍNAS		
ATTRUBY	T3	
VYNDAMAX	T4	PA QL (1 cap/day) SP HD
VYNDAQEL	T4	PA QL (4 caps/day) SP HD
SOLVENTES		
FT ISOPROPYL ALCOHOL 91%	T1	
FT ISOPROPYL RUB ALCOHOL 70%	T3	
GS ISOPROPYL ALCOHOL 70%	T3	
<i>isopropyl alcohol</i>	T1	
MURI-LUBE MINERAL OIL	T1	

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios)

AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS		
<i>betaine (Cystadane)</i>	T4	SP
CYSTADANE	T4	SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS		
<i>levocarnitine</i> (Carnitor Sf)	T1	
<i>levocarnitine</i> (Carnitor)	T1	
<i>levocarnitine</i> (with sugar) (Carnitor)	T1	
INHIBIDORES DE LA LINFOPOYETINA ESTROMAL TÍMICA (TSLP)		
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML PEN	T4	PA QL(1 pen/28 days) SP HD
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML SYRING	T4	PA SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos para la osteoporosis)		
COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA Y VITAMINA D		
FOSAMAX PLUS D	T2	ST HD
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
ACTONEL (<i>risedronate sodium</i>)	T3	ST HD
<i>alendronate sodium</i>	T1	HD
<i>alendronate sodium</i> (Fosamax)	T1	HD
ATELVIA (<i>risedronate sodium dr</i>)	T3	ST HD
BINOSTO	T3	ST HD
BONIVA (<i>ibandronate sodium</i>)	T3	ST HD
EVISTA (<i>raloxifene hcl</i>)	T3	HD
FOSAMAX (<i>alendronate sodium</i>)	T3	ST HD
<i>ibandronate sodium</i> (Boniva)	T1	HD
<i>raloxifene hcl</i> (Evista)	T1	HD PPACA
<i>risedronate sodium</i> (Actonel)	T1	HD
<i>risedronate sodium</i> (Atelvia)	T1	HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANTIINFLAM. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-1		
ARCALYST	T4	PA SP HD
ANTIINFLAMATORIOS, BETABLOQUEANTES DE INTERLEUCINA-1		
ILARIS	T4	PA SP HD
AGENTES PARA LA FIBROMIALGIA, INHIB. DE LA RECAPT. DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA		
SAVELLA	T3	
INMUNOMODULADORES, INHIB. ESPECÍF. DE ESTIM. DE LINFOCITOS B (BLYS)		
BENLYSTA	T4	PA SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones cutáneas)		
INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA-13 (IL-13), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
ADBRY AUTOINJECTOR	T4	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones cutáneas)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA-13 (IL-13), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
EBGLYSS PEN	T4	PA SP
AGENTES CICATRIZANTES LOCALES		
FILSUVEZ	T4	PA SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Abuso de sustancias)		
TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA 2		
<i>lofexidine hcl</i> (Lucemyra)	T1	QL (192 tabs/30 days)
LUCEMYRA (<i>lofexidine hcl</i>)	T2	QL (192 tabs/14 days)
TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA 2		
LUCEMYRA	T2	QL (168 tabs/14 days)
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, TIPO OPIOIDES		
BUNAVAIL	T3	
<i>buprenorphine 2 mg tablet sl</i>	T1	
<i>buprenorphine 8 mg tablet sl</i>	T1	
<i>buprenorphine hcl</i>	T1	
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i> (Suboxone)	T1	
SUBOXONE (<i>buprenorphine-naloxone</i>)	T3	
ZUBSOLV	T2	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para trasplante)		
INHIBIDORES DE LA QUINASA RHO		
REZUROCK	T4	PA SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN		
<i>alfuzosin hcl</i> (Uroxatral)	T1	HD
<i>dutasteride</i> (Avodart)	T1	HD
AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN (cont.)		
<i>finasteride</i> (Proscar)	T1	HD
PROSCAR (<i>finasteride</i>)	T3	HD
RAPAFLO 4 MG CAPSULE (<i>silodosin</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
RAPAFLO 8 MG CAPSULE (<i>silodosin</i>)	T3	HD
<i>silodosin 4 mg capsule</i> (Rapaflo)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>silodosin 8 mg capsule</i> (Rapaflo)	T1	HD
<i>tamsulosin hcl</i> (Flomax)	T1	HD
VANRAFIA	T4	PA QL (1 tab/day) SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIB. DE LA 5-ALFA REDUCTASA-ANTAG. ADRENÉRGICO ALFAI PARA TRATAR LA HPB		
<i>dutasteride/tamsulosin hcl</i> (Jalyn)	T1	HD
AGENTES QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA		
CYSTAGON	T4	SP
AGENTES PARA CÁLCULOS RENALES		
<i>solifenacin 5 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>solifenacin 10 mg tablet</i>	T1	HD
THIOLA	T4	SP
<i>tiopronin 100 mg tablet</i> (Thiola)	T4	SP
<i>tiopronin dr tablet</i>	T4	SP
AGENTES PARA LA VEJIGA HIPERACTIVA, RECEP. ADRENÉRGICOS BETA 3		
<i>mirabegron er 25 mg tablet</i> (Myrbetriq)	T1	QL(1 tab/day) HD
<i>mirabegron er 50 mg tablet</i> (Myrbetriq)	T1	HD
ANTIESPASMÓDICOS DE LAS VÍAS URINARIAS, ANTAG. SELECTIVO DE M(3)		
<i>darifenacin er 15 mg tablet</i>	T1	HD
<i>darifenacin er 7.5 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS		
<i>flavoxate hcl</i>	T1	HD
<i>oxybutynin 5 mg/5 ml solution</i>	T1	HD
<i>oxybutynin 5 mg/5 ml syrup</i>	T1	HD
<i>oxybutynin chloride</i>	T1	HD
<i>tolterodine tart er 2 mg cap</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>tolterodine tart er 4 mg cap</i>	T1	HD
<i>tolterodine tart er 2 mg cap</i> (Detrol La)	T1	QL(1 cap/day) HD
<i>tolterodine tart er 4 mg cap</i> (Detrol La)	T1	HD
<i>tolterodine tartrate</i>	T1	HD
<i>trospium chloride</i>	T1	HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Control del peso)		
ESTIM. DEL APETITO PARA LA ANOREXIA, CAQUEXIA, SÍND. DE DESGASTE		
<i>megestrol acetate</i>	T1	
VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)		
PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO		
<i>folic acid</i>	T1	
<i>true folic acid 1600mcg dfe tb</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
CITRANATAL MEDLEY	T3	
CONCEPT DHA CAPSULE	T3	
FOLET ONE	T3	
mvn no.53/iron/folic/dss/dha	T1	
OBSTETRIX ONE	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINA B12		
cyanocobalamin (vitamin b-12)	T1	
cyanocobalamin (vitamin b-12) (Nascobal)	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINA D		
calcitriol 0.25 mcg capsule	T1	
calcitriol 0.5 mcg capsule	T1	
calcitriol 1 mcg/ml solution (Rocaltrol)	T1	HD
ergocalciferol (vitamin d2)	T1	HD
ROCALTROL (calcitriol)	T3	HD
PREPARACIONES DE VITAMINA K		
MEPHYTON (phytonadione)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Exclusiones y limitaciones de la cobertura

Los planes de beneficios de salud varían, pero en general, para que un medicamento esté cubierto, debe tener la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y debe ser recetado por un profesional de cuidado de la salud, comprado en una farmacia con licencia y médicamente necesario. Si su plan brinda cobertura para determinados medicamentos con receta preventivos sin que tenga que pagar ninguna parte del costo, es posible que deba usar una farmacia de la red para que le despachen la receta. Si usa una farmacia que no participa en la red de su plan, es posible que no se le cubra la receta. Es posible que para algunos medicamentos se necesite autorización previa o que estén sujetos a requisitos de tratamiento escalonado, límites a la cantidad u otros requisitos de administración de la utilización.

Por lo general, los planes no otorgan cobertura para los siguientes casos en virtud del beneficio de farmacia, a excepción de lo exigido por la ley estatal o federal, o por los términos de su plan específico:¹¹

- Medicamentos de venta libre (OTC), que pueden adquirirse sin receta, a excepción de la insulina, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos medicamentos estén cubiertos.
- Medicamentos o suministros con receta para los que hay un equivalente terapéutico o una alternativa terapéutica disponible con receta o de venta libre.
- Medicamentos inyectables administrados por el médico que están cubiertos por el beneficio médico del Plan, a menos que estén cubiertos por la Lista de medicamentos con receta del Plan o que Cigna Healthcare lo apruebe.
- Dispositivos anticonceptivos implantables cubiertos por el beneficio médico del Plan.
- Medicamentos que no son médicamente necesarios.
- Medicamentos experimentales o en investigación, incluidos los medicamentos aprobados por la FDA utilizados con fines diferentes de los aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, a menos que el medicamento esté reconocido para el tratamiento de la indicación particular.
- Medicamentos que no están aprobados por la FDA.
- Dispositivos, suministros y aparatos con y sin receta, a excepción de los suministros para los que se indica específicamente que están cubiertos.
- Medicamentos usados para la fertilidad,¹² la disfunción sexual, con fines estéticos, para bajar de peso, para dejar de fumar¹² o para mejorar el desempeño atlético.
- Cualquier vitamina con receta (a excepción de las vitaminas prenatales) o suplementos alimenticios, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos productos estén cubiertos.
- Agentes inmunizantes, productos biológicos para inmunización para la alergia, sueros biológicos, sangre, plasma sanguíneo y otros derivados hematológicos o fracciones sanguíneas y medicamentos usados para profilaxis en caso de viaje.
- Reemplazo de medicamentos con receta y suministros relacionados debido a pérdida o robo.
- Medicamentos que deba tomar o que se le deban administrar a una persona cubierta mientras sea paciente en un hospital con licencia, un centro de cuidados especiales, un hogar de ancianos u otra institución similar, que opere o permita que operen en su establecimiento instalaciones para despachar productos farmacéuticos.
- Recetas cuya fecha de emisión tenga más de un año de antigüedad.
- La cobertura de productos farmacológicos con receta por una cantidad despachada (días de suministro) que supera el límite de suministro aplicable o es inferior a cualquier suministro mínimo aplicable indicado en el Programa, o que supera uno o más límites de cantidad o límites de dosis establecidos por el Comité de P&T.
- Más de una receta médica o renovación para un determinado período de suministro de recetas para el mismo producto farmacológico con receta indicado por uno o más médicos y despachado por una o más farmacias.
- Productos farmacológicos con receta despachados fuera de la jurisdicción de los Estados Unidos, salvo que se requieran para un tratamiento de emergencia o de cuidado de urgencia.

Además de las exclusiones de farmacia estándares del plan, es posible que algunos productos farmacológicos nuevos aprobados por la FDA (inclusive, a modo de ejemplo, medicamentos, suministros médicos o dispositivos que están cubiertos por planes de beneficios de farmacia estándares) no estén cubiertos durante los primeros seis meses de disponibilidad en el mercado, a menos que Cigna Healthcare los apruebe por ser médicamente necesarios.

Índice de medicamentos

Símbolos

1ST TIER UNILET	115
2-IN-1 LANCET.....	115

A

abacavir/lamivudine/zidovudine.....	61
abacavir sulfate.....	61, 62
abacavir sulfate/lamivudine.....	61
abiraterone.....	50
ABRYVO.....	69
ACAM2000.....	69
acamprosate calcium.....	147
acarbose.....	43, 44
ACCOLATE.....	30
ACCU-CHEK.....	115
ACCUTANE.....	135
ACD-A.....	38
ACD SOLUTION A.....	38
ACE AEROSOL.....	122
acebutolol hcl.....	77
ACETAMIN-CAFF-DIHYDROCODEINE.....	21
acetamin-codein.....	21
acetaminop-codeine.....	21
acetaminophen/caff/dihydrocod.....	21
acetaminophen-cod.....	21
acetazolamide.....	91
acetic acid.....	46, 92, 134
acetic acid/oxyquinoline.....	46
acetylcysteine.....	30
acitretin.....	135
ACTEMRA.....	112
ACTHIB.....	68, 69
ACTIGALL.....	101
ACTI-LANCE.....	115
ACTIMMUNE.....	56
ACTIQ.....	22
ACTIVELLA.....	106
ACTONEL.....	150
ACTOPLUS MET.....	45
ACTOS.....	45
ACULAR.....	93
acyclovir.....	63
ACZONE.....	135
ADACEL TDAP.....	68
ADALAT CC.....	71
ADALIMUMAB.....	48
ADALIMUMAB-ADAZ.....	48
ADALIMUMAB-ADBIM.....	48
ADALIMUMAB-RYVK.....	48

adapalene.....	135, 142
adapalene/benzoyl peroxide.....	135
ADBRY.....	148, 150
ADDERALL.....	66
ADDYI.....	131
adefovir dipivoxil.....	64
ADEMPAS.....	73
ADIPEX-P.....	57
ADRENALIN CHLORIDE.....	92
ADVANCED DNA MEDICATED COLLECT.....	90
ADVANCED TRAVEL.....	115
ADVOCATE.....	115
AEMCOLO.....	36
AEROCHAMBER.....	122
AEROTRACH.....	122
AEROVENT.....	122
AFINITOR.....	51
AFLURIA.....	68
AFLURIA QUAD.....	68
AGAMATRIX.....	113
AGRYLIN.....	60
AIMOVIG.....	15, 19
AIRSUPRA.....	29
AJOVY.....	15, 19
AKEEGA.....	51
AKTEN.....	93
AKYNZEO.....	100
ALA-SCALP.....	139
albendazole.....	47
ALBENZA.....	47
albuterol.....	28, 29
albuterol sulf.....	28
albuterol sulfate.....	28
ALBUTEROL SULFATE HFA.....	28
ALCAINE.....	93
alclometasone dipropionate.....	139
ALCOHOL.....	48, 149
ALDACTAZIDE.....	91
ALECENSA.....	52
alendronate.....	150
ALEVICYN PLUS.....	136
alfuzosin hcl.....	151
ALHEMO.....	70
ALINIA.....	58
aliskiren.....	78
ALKERAN.....	49
allopurinol.....	25
almotriptan malate.....	15, 19

Índice de medicamentos

ALORA	106	APTIVUS	61
alosetron hcl	102	AQNEURSA	98
alprazolam	125	AQUA GLYCOLIC HC	139
ALTABAX	139	ARAVA	25
ALTAFLUOR BENOX	93	ARCALYST	150
ALTERNATE SITE	115	ARICEPT	65
ALTUVIIIIO	70	ARIDOL	90
ALUNBRIG	52	ARIKAYCE	32
ALVESCO	29	ARIMIDEX	50
ALYFTREK	144	aripiprazole	132
amantadine	58	ARIXTRA	39
AMARYL	44	armodafinil	133
ambrisentan	73	ARMOUR THYROID	143
amcinonide	139	AROMASIN	50
AMICAR	70	ARTHROTEC	26
amiloride hcl	91	ARTISS	138
amiloride/hydrochlorothiazide	91	ARYMO ER	22
aminocaproic acid	70	asenapine maleate	131
amitriptyline/chlordiazepoxide	128	ASMANEX	29
amitriptyline hcl	128	ASMANEX HFA/TWISTHALER	29
amlodipine-atorvast	78, 79, 80	aspirin/dipyridamole	60
amlodipine besylate	71, 74, 76	ASSURE	115, 124
amlodipine-olmesartan	76	ASTAGRAF XL	112
amlodipine/valsartan/hcthiazid	75	ASTRINGYN	70
ammonium lactate	136	ATABEX EC	124
AMNESTEEM	135	atazanavir sulfate	62
amoxapine	128	ATELVIA	150
amoxicillin	36, 46	atenolol	77, 78
amphetamine sulfate	66	atomoxetine hcl	130
ampicillin trihydrate	36	ATOPICLAIR	137
ANADROL-50	105	atorvastatin	78, 79, 80
anagrelide hcl	60	atovaquone/proguanil	47
ANA-LEX	104	atropine sulfate	95
ANALPRAM HC	104, 141	ATROVENT HFA	28
ANAPROX DS	26	ATTRUBY	149
anastrozole	50	AURYXIA	97
ANCOBON	41	AUSTEDO	82
ANGELIQ	107	AUTOLET	113
ANTABUSE	147	AUTOSHIELD	120
anthralin	136	avanafil	145
ANTICOAGULANT SODIUM	38	AVANDIA	45
ANZEMET	100	avar	38
APADAZ	21	AVAR	38
APOKYN	58	AVC	46
apraclonidine hcl	94	AVELOX	36
aprepitant	100	AVITENE	70
APRETUDE	62	AVMAPKI	56
APRISO	102	AVONEX	82
APTIOM	84	AVSOLA	48

Índice de medicamentos

AYVAKIT	53	betaxolol hcl.....	77, 94
AZASAN.....	112	bethanechol chloride.....	66
AZASITE.....	31	BETIMOL.....	94
azathioprine.....	112	BETOPTIC S.....	94
azelaic acid.....	138	BEVYXXA.....	38
azelastine.....	43, 92	bexarotene.....	49
azelastine hcl.....	43	BEXSERO.....	67
azithromycin.....	34, 35	bicalutamide.....	50
B		BIJUVA.....	106
BACIGUENT.....	31	BIKTARVY.....	63
bacitracin.....	31, 32	BILTRICIDE.....	47
bacitracin/polymyxin b sulfate.....	31	bimatoprost.....	94
baclofen.....	123	BIMZELX.....	135
BACTRIM.....	32	BINOSTO.....	150
BAFIERTAM.....	82	BIONECT.....	138
balsalazide disodium.....	102	bisac/nac1/nahco3/kcl/peg 3350.....	103
BALVERSA.....	53	bismuth/metronid/tetracycline.....	101
BANZEL.....	84	bisoprolol/hydrochlorothiazide.....	78
BAQSIMI.....	96, 97	BLEPH-10.....	31
BARACLUDE.....	64	BLEPHAMIDE.....	31
BASAGLAR.....	46	BLOOD LANCETS.....	115
BAXDELA.....	36	BLUNT.....	120
BCG.....	68	BONIVA.....	150
BD.....	115, 120, 121	BONJESTA.....	100
BELBUCA.....	22	BOOSTRIX TDAP.....	68
BELVIQ.....	57	bosentan.....	73
BELVIQ XR.....	57	BOSULIF.....	53
benazepril hcl.....	76	BREATHERITE.....	122
benazepril/hydrochlorothiazide.....	74	BREZTRI AEROSPHERE.....	29
BENLYSTA.....	150	brimonidine tartrate.....	94
benoxinate hcl/fluorescein sod.....	93	brinzolamide.....	94
BENZAMYCIN.....	37	BRIVIACT.....	84
BENZEFOAM.....	137	bromfenac sodium.....	93
BENZEPRO.....	137	bromocriptine mesylate.....	58, 59
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN.....	21	brompheniramine/pseudoephed/dm.....	89
BENZNIDAZOLE.....	47	BROMSITE.....	93
benzonatate.....	89	BRONCHITOL.....	144
benzoyl peroxide.....	37, 135, 137	BRUKINSA.....	53
benzphetamine.....	57	BRYHALI.....	139
benztropine mesylate.....	58	budesonide.....	29, 104, 107, 108
bepotastine.....	43	BULLSEYE MINI.....	115
BERINERT.....	145	bumetanide.....	91
BESIVANCE.....	31, 32	BUNAVAIL.....	151
BETADINE.....	93	buprenorphine.....	22, 151
betaine.....	149	bupropion.....	126, 142
betamethasone dipropionate.....	139	bupropion hcl sr.....	126, 142
betamethasone/propylene glyc.....	139	buspiron.....	125
betamethasone valerate.....	139, 141	butalb-acetamin-caff.....	19
BETASERON.....	82	butalb-acetamin-caff 50-300-40.....	15

Índice de medicamentos

butalb-acetamin-caff 50-325-40.....	15	CAREONE.....	115
butalb/acetaminophen/caffeine.....	15, 19	CAREPOINT.....	120
butalb-aspirin-caffe.....	19	CARESENS.....	113, 115
butalb-aspirin-caffe 50-325-40.....	15	CARETOUCH.....	113, 116
butalbit/acetamin/caff/codeine.....	23	carisoprodol.....	23, 123
butalbital/acetaminophen.....	15, 19	carisoprodol/aspirin.....	23, 123
butalbital-asa-caffeine.....	19	carisoprodol/aspirin/codeine.....	23
butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal).....	15	carteolol hcl.....	94
butorphanol.....	22	carvedilol.....	75
BUTRANS.....	22	carvedilol er.....	75
BUTTERFLY TOUCH.....	115	CASODEX.....	50
BYDUREON.....	43	CATAPRES.....	77
C		CATAPRES-TTS.....	77
CABENUVA.....	60	CAVERJECT.....	145
cabergoline.....	109	CAYA CONTOURED.....	88
CABLIVI.....	69	CAYSTON.....	34
CABOMETYX.....	53	cefacor.....	34
CADUET.....	78, 79, 80	cefadroxil.....	34
CAFERGOT.....	15, 19	cefixime.....	34
caffeine citrate.....	82	cefepodoxime proxetil.....	34
CALAN SR.....	71	cefprozil.....	34
calcipotriene.....	136, 142	cefuroxime axetil.....	34
CALCIPOTRIENE.....	136	celecoxib.....	27
calcipotriene/betamethasone.....	142	CELONTIN.....	84
calcitonin, salmon, synthetic.....	111	CENTANY.....	37
calcitriol.....	136, 153	cephalexin.....	34
calcium acetate.....	97	CEQUA.....	95
CALQUENCE.....	53	CEQR.....	113
CAMZYOS.....	71	CERDELGA.....	148
candesartan cilexetil.....	76	CERVIDIL.....	109
candesartan/hydrochlorothiazid.....	75	cetirizine hcl.....	42
capecitabine.....	50	CETROTIDE.....	109
CAPEX.....	139	CETYLEV.....	147
CAPLYTA.....	131	cetimeline hcl.....	66
CAPRELSA.....	53	CHANTIX.....	142
captopril.....	74, 76	CHEMET.....	148
captopril-hctz.....	74	CHENODAL.....	101
CAPVAXIVE.....	67	chlordiazepoxide/clidinium br.....	99
CARBAGLU.....	147	chlordiazepoxide hcl.....	125
carbamazepine.....	84, 85	chlorhexidine gluconate.....	145
CARBAMAZEPINE.....	84	chloroquine ph.....	47
CARBATROL.....	84	chlorpromazine hcl.....	132
carbidopa.....	58, 59, 60	chlorpropamide.....	44
carbidopa/levodopa.....	58	chlorthalidone.....	78, 92
carbidopa/levodopa/entacapone.....	58	chlorzoxazone.....	123
carbinoxamine maleate.....	42	CHOLBAM.....	101
CARDIZEM LA.....	71	cholestyramine.....	80
CARDURA.....	75	cholestyramine/aspartame.....	80
CARDURA XL.....	75	choline salicyl/mag salicylate.....	15, 19

Índice de medicamentos

CHORIONIC GONAD.....	111	clopidogrel bisulfate	60
CHORIONIC GONADOTROPIN.....	111	clorazepate dipotassium.....	125
CHOSEN.....	113, 116	clotrimazole	41
CIALIS	145	clotrimazole/betamethasone dip.....	41
CIBINQO.....	137	clozapine	131
ciclodan.....	41	CLOZAPINE ODT.....	131
CICLODAN.....	41, 48	CLOZARIL.....	131
ciclopirox.....	41, 42, 48	COAGUCHEK.....	116
cilostazol	60	COARTEM	47
CIMDUO.....	61	codeine/butalbital/asa/cafein	23
cimetidine hcl	102	codeine sulfate.....	22
CIMZIA.....	159	colchicine	25, 28
cinacalcet hcl.....	146	COLCHICINE	25
CINRYZE.....	145	COLCRYS	25
CIPRO.....	36	colesevelam hcl	80
ciprofloxacin.....	30, 31, 36	COLESTID.....	80
ciprofloxacin hcl.....	30, 31	colestipol hcl	80
citalopram.....	126	COLOR LANCETS.....	116
citalopram hbr	126	COMBIGAN	94
CITRANATAL	98, 124	COMBIPATCH	106
CITRANATAL BLOOM	98	COMBIVENT RESPIMAT	29
CITRANATAL MEDLEY	153	COMETRIQ.....	53
CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE	38	COMFORT	26, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 123
CLARAVIS	135	COMFORT PAC	26, 123
CLARINEX-D.....	42	COMFORT PAC-IBUPROFEN.....	26
clarithromycin	34	COMFORT PAC-MELOXICAM	26
clemastine fumarate.....	42	COMFORT PAC-NAPROXEN.....	26
CLEOCIN	34, 37	COMFORTSEAL	122
CLEVER CHEK	116	COMIRNATY.....	67
CLEVER CHOICE.....	122	COMPACT SPACE CHAMBER.....	122
CLIMARA	106	COMPAZINE.....	100
CLINDACIN.....	37	CONCEPT	153
clindamycin hcl.....	34	CONCEPT DHA CAPSULE.....	153
clindamycin palmitate hcl.....	34	CONTRACE.....	57
clindamycin phos/benzoyl perox.....	136	COPIKTRA	53
clindamycin phosphate	37, 38	COREG.....	75
clindamycin/tretinoin.....	136	COREG CR	75
clobazam.....	83	coremino er.....	36
clobetasol.....	139, 140, 141	CORLANOR	72, 73
clobetasol propionate.....	140, 141	CORTENEMA.....	104
CLOCORTOLONE PIVALATE.....	140	cortisone acetate.....	107
clodan	140	CORTISPORIN.....	30
CLODAN.....	140	COSENTYX.....	135
CLODERM	140	COTELLIC	51
clomiphene citrate.....	110	CRENESSITY.....	109
clomipramine hcl.....	128	CRESEMBA	41
clonazepam.....	83	CRINONE.....	109, 111
clonidine	77, 129	cromolyn	24, 30, 94

Índice de medicamentos

crotamiton.....	58	DEPEN.....	25
CTEXLI	101	DEPO-ESTRADIOL	106
CUROSURF.....	144	DEPO-PROVERA	87, 109
CUVPOSA	99	DEPO-SUBQ PROVERA	87
cyanocobalamin	153	DEPO-TESTOSTERONE	105
cyclobenzaprine hcl.....	123	DERMA-SMOOTHIE-FS	140
CYCLOGYL.....	95	DERMATOP	140
CYCLOMYDRIL	95	dermazene	141
cyclopentolate hcl.....	95	DERMAZENE.....	141
cyclophosphamide	49	DERMOTIC	92
cycloserine	33	DESCOVY	61
CYCLOSERINE.....	33	desflurane	24
CYCLOSET	43	desipramine hcl	129
cyclosporine.....	112, 113	desloratadine	42
CYLTEZO	48	desmopressin.....	105, 106
cyproheptadine.....	42	desog-e.estradiol.....	87
CYSTADANE.....	149	desogestrel-ethinyl estradiol	87
CYSTADROPS.....	95	desonide.....	140
CYSTAGON.....	152	DESOWEN.....	140
CYSTARAN.....	95	desoximetasone.....	140, 141
CYSTO-CONRAY II.....	91	desvenlafaxine succnt er.....	127
CYSTOGRAFIN.....	91	dexamethasone	31, 93, 108
CYTOMEL.....	143	dexamethasone sodium phosphate.....	93
CYTOTEC.....	101	DEXCOM	113
D		DEXCOM G7.....	113
dabigatran.....	39	dexlansoprazole	103
dalfampridine	83	dexmethylphenidate er	129
DALIRESP	30	dexmethylphenidate hcl.....	129
danazol.....	109	dextroamphetamine.....	66
DANTRIUM	123	dextroamphetamine er.....	66
dantrolene sodium	123	dextroamphetamine sulfate.....	66
DANZITEN.....	53	DIACOMIT.....	84
dapsone.....	33, 136	DIASTAT	83
DAPSONE.....	136	diatrizoate meglumine	91
DAPTACEL DTAP	68	diazepam	83, 125
darifenacin	152	diazoxide	96, 97
darunavir.....	61	DIBENZYLINE.....	66
dasatinib	53	dichlorphenamide	147
DAURISMO	51	DICLAREAL	135
DAXBIA.....	34	DICLEGIS.....	100
DAYPRO.....	26	diclofenac.....	20, 26, 93, 135
DAYTRANA	129	dicloxacillin sodium.....	36
DAYVIGO	134	dicyclomine hcl.....	100
deferasirox.....	148	diethylpropion	57
deferiprone.....	148	DIFICID.....	35
deflazacort	107, 108	diflunisal	15, 19
DELSTRIGO	63	digoxin	72
demeclocycline.....	36	dihydroergotamine	15, 19
DEMSEER.....	77	DILANTIN.....	84

Índice de medicamentos

DILATRATE-SR.....	73	EASY.....	113, 116
diltiazem.....	71, 72	EASY COMFORT.....	121
diltiazem hcl.....	72	EASY TOUCH.....	113, 116
dimethyl fumarate.....	82	EASY TRAK.....	113
dimethyl sulfoxide.....	147	EASY TWIST.....	116
diphenoxylate hcl/atropine.....	100	EBGLYSS.....	151
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PED.....	68	ECLIPSE.....	120
DIPROLENE.....	140	EC-NAPROSYN.....	26
dipyridamole.....	60	econazole nitrate.....	42
DISALCID.....	25	ECOZA.....	42
disopyramide phosphate.....	71	EDEX.....	145
disulfiram.....	147	EDURANT.....	61
DIURIL.....	92	efavirenz.....	62, 63
divalproex sodium.....	84	effe-r-k.....	98
DIVIGEL.....	106	EFFER-K.....	98
dofetilide.....	71	EFFIENT.....	60
DOJOLVI.....	96	EFUDEX.....	57
donepezil hcl.....	65	EGRIFTA.....	108
DOPTLET.....	87	ELESTRIN.....	106
DORAL.....	133	eletriptan hydrobromide.....	15, 19
dorzolamide hcl.....	94	ELIDEL.....	112
dorzolamide hcl/timolol maleat.....	94	ELIMITE.....	58
dorzolamide/timolol/pf.....	94	ELIQUIS.....	38
DOVATO.....	60	ELLA.....	87
doxazosin mesylate.....	75	ELMIRON.....	23
doxepin.....	129, 134	EMBRACE.....	116, 120
doxercalciferol.....	147	EMCYT.....	56
doxycycline.....	36, 37, 145	EMEND.....	100
doxycycline hyclate.....	36, 145	EMGALITY.....	15, 19, 83
doxylamine succinate/vit b6.....	100	emollient combination.....	137
dronabinol.....	100	EMSAM.....	126
DROPLET.....	116, 121	emtricitabine.....	63
DROPSAFE.....	120	emtricitabine.....	61, 62
drosipir/eth estra/levomefol ca.....	87	emtricitabine-tenofv.....	61
DROXIA.....	70	EMTRIVA.....	62
droxidopa.....	66	EMVERM.....	47
DRYSOL.....	136	enalapril/hydrochlorothiazide.....	74
DUAVEE.....	107	enalapril maleate.....	76
DUETACT.....	45	ENBREL.....	48, 49
DULERA.....	29	ENDARI.....	70
duloxetine hcl dr.....	127	ENDO-AVITENE.....	70
DUOPA.....	59	ENDOMETRIN.....	111
DUPIXENT.....	111	ENERGIX-B ADULT.....	69
DURAGESIC.....	22	ENERGIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT.....	69
dutasteride.....	151, 152	ENHERTU.....	56
DYAZIDE.....	91	ENLITE SERTER.....	113
E		enoxaparin.....	39, 40
EASIVENT.....	122	ENSACOVE.....	53
		ENSPRYNG.....	112

Índice de medicamentos

entacapone	58, 59	EVAMIST	107
entecavir	64	EVEKEO	66
ENTERO	90	everolimus	51, 52, 113
ENTOCORT EC	108	EVICEL	70
ENTRESTO	75	EVISTA	150
ENVARUS	113	EVOCLIN	38
ENZOCLEAR	137	EVOTAZ	62
EPANED	76	EVRYSDI	148
EPCLUSA	64	EXELON	65
EPIDIOLEX	84	exemestane	50
EPIFOAM	141	exenatide	43
epinastine hcl	43	EXJADE	148
epinephrine	65, 92	EXKIVITY	53
EPIVIR HBV	64	EXODERM	42
eplerenone	91	EYSUVIS	93
eprosartan mesylate	76	E-Z	90, 122
EQUETRO	125	ezetimibe	78, 80
ergocalciferol	153	ezetimibe/simvastatin	78
ergoloid mesylates	78	EZ FLU	68
ergotamine tartrate/caffeine	15, 19	EZ-LETS	116
ERIVEDGE	51	EZ SMART	116
ERLEADA	50	F	
erlotinib	53	FABHALTA	70
ERVEBO	69	FACTIVE	36
ERYPED	35	famciclovir	63
ERY-TAB	35	famotidine	102
erythromycin	32, 35, 37	FARESTON	56
escitalopram	126	FARXIGA	43
ESGIC	15, 19	FARYDAK	49
eslicarbazepine	84	febuxostat	25
esomeprazole	103	felbamate	84
esomeprazole dr	103	FELDENE	26
esomeprazole mag dr	103	felodipine	72
esomeprazole sodium	103	FEMARA	52
estazolam	133	FEMCAP	88
ESTRACE	106, 110	FEMHRT	107
estradiol	87, 88, 106, 107, 110	FEMRING	110
ESTROGEL	107	fenofibrate	80, 81
estrogen, ester/me-testosterone	106	fenofibric acid	81
ESTROSTEP FE	87	fenoprofen	26
eszopiclone	134	FENSOLVI	109
ethambutol hcl	33	fentanyl	22
ethinyl estradiol/drospirenone	87	FENTANYL	22
ethosuximide	84, 86	FERRIPROX	148
ethynodiol d-ethinyl estradiol	87	FETZIMA	127, 128
etodolac	26, 27	FEXMID	123
etonogestrel/ethinyl estradiol	87	FIASP	46, 114
etoposide	56	FIBRICOR	81
EURAX	58	FIFTY50	116

Índice de medicamentos

FILSPARI	81	fluvastatin sodium	79
FILSUVEZ	151	FLUVIRIN	68
FILTER	120	fluvoxamine er	127
finasteride	151	fluvoxamine maleate	127
FINE 30	116	FLUZONE	68
FINGERSTIX	116	FLUZONE QUAD	68
FINTEPLA	84	FOCALIN	129
FIORICET	15, 23	FOLET ONE	153
FIORINAL	15, 19, 23	folic acid	152
FIORINAL WITH CODEINE #3	23	FOLLISTIM AQ	111
FIRDAPSE	83	fondaparinux	39
FIRMAGON	52	FORACARE	116
FLAGYL	33	FORA LANCETS	116
flavoxate hcl	152	FORA TN'GO	114
FLEXICHAMBER	122	formoterol	29
FLOVENT	29	FORTEO	146
FLOVENT DISKUS	29	FOSAMAX	150
FLUAD	68	FOSAMAX PLUS D	150
FLUAD QUAD	68	fosamprenavir calcium	62
FLUARIX QUAD	68	fosaprepitant	100
FLUBLOK	68	fosaprepitant dimeglumine	100
FLUBLOK QUAD	68	fosfomycin tromethamine	33
FLUCELVAX QUAD	68	fosinopril/hydrochlorothiazide	74
fluconazole	41	fosinopril sodium	76
flucytosine	41	FRAGMIN	39
fludrocortisone acetate	109	FRAICHE	96
FLULAVAL QUAD	68	FREESTYLE	89, 90, 113, 114, 116
FLUMADINE	63	FREESTYLE LANCETS	116
FLUMIST QUAD	68	FREESTYLE LIBRE	114
flunisolide	92	frovatriptan succinate	19
fluocinolone	92, 140, 141, 163	FRUZAQLA	53
fluocinolone acetate	92, 140, 141	FT	149
fluocinolone/shower cap	140	ful-glo	90
fluocinonide	140	FUL-GLO	90
fluorescein sodium	90	FULPHILA	86
FLUORIDEX	96	FURADANTIN	35
fluorometholone	93	furosemide	91
FLUOROPLEX	57	FUZEON	61
fluorouracil	57	FYCOMPA	84
fluoxetine	126, 127, 133	G	
fluphenazine hcl	132	gabapentin	83, 84
flurazepam	133	GALAFOLD	149
flurbiprofen	26, 93	galantamine er	65
flutamide	50	galantamine hbr	65
fluticasone	29, 92, 140	GALZIN	149
FLUTICASONE	30	ganirelix acet	109
fluticasone propion/salmeterol	29	GANIRELIX ACET	109
fluticasone-salmeterol	29	GARDASIL 9	69
FLUTICASONE-SALMETEROL	29	GASTROGRAFIN	91

Índice de medicamentos

GASTROMARK.....	90	guanidine hcl.....	66
gatifloxacin.....	32	GUARDIAN.....	114
GATTEX.....	104	GUARDIAN RT.....	114
GAVRETO.....	53	GYNAZOLE 1.....	40
gelatin sponge, absorb/porcine.....	70	H	
GELCLAIR.....	146	HAEGARDA.....	145
GELFILM.....	94	halcinonide.....	140
GELFOAM.....	70	HALCION.....	133
gemfibrozil.....	81	halobetasol.....	140, 141
GENERESS FE.....	87	halobetasol propionate.....	140, 141
GENOTROPIN.....	108	haloperidol.....	132
gentamicin.....	32, 38	HALUCORT.....	137
GENVOYA.....	63	HARVONI.....	64
GILOTRIF.....	53	HEALTHY ACCENTS.....	116
glatiramer.....	82	HEMICLOR.....	92
glatiramer acetate.....	82	HEMLIBRA.....	70
glatopa.....	82	heparin.....	39
GLEEVEC.....	53	HEPARIN.....	39, 40
GLEOSTINE.....	49	HEPLISAV-B.....	69
glimepiride.....	44, 45	HETLIOZ.....	133
GLIMEPIRIDE.....	44	HIBERIX.....	69
glipizide.....	44	homatropine hbr.....	95
GLIPIZIDE.....	44	HPR PLUS-MB HYDROGEL.....	137
glucagon.....	96, 97	HUMALOG.....	46, 114
GLUCAGON.....	96, 97	HUMAPEN.....	114
GLUCOCOM.....	114, 116	HUMIRA.....	49
GLUCOCOM AUTOLINK.....	114	HUMULIN.....	46
GLUCOPHAGE XR.....	44	HUMULIN R.....	46
GLUCOTROL.....	44	HYCANTIN.....	52
GLUCOTROL XL.....	44	HYCODAN.....	89
glyburide.....	44, 45	hydralazine hcl.....	77
GLYCAT.....	99	HYDREA.....	49
glycine urologic solution.....	48	HYDRO 35.....	137
glycopyrrolate.....	99	HYDRO 40.....	137
GLYNASE.....	44	hydrochlorothiazide.....	74, 75, 77, 78, 91, 92
GLYSET.....	43	hydrocodone/acetaminophen.....	21
GLYXAMBI.....	45	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN.....	21
GOJJI.....	116	hydrocodone bitartrate.....	22, 23
GOMEKLI.....	51	hydrocodone bit/homatrop me-br.....	89
GONAL-F.....	111	hydrocodone/chlorphen p-stirex.....	89
GORDON'S UREA.....	139	hydrocodone/cpm/pseudoephed.....	89
granisetron hcl.....	100	HYDROCODONE-GUAIFENESIN.....	89
GRANIX.....	86	hydrocodone-homatropine.....	89
GRASTEK.....	66	HYDROCODONE-HOMATROPINE.....	89
griseofulvin.....	41	hydrocodone/ibuprofen.....	21
GRIS-PEG.....	41	hydrocortisone.....	92, 104, 108, 140, 141, 142
GS ISOPROPYL.....	48, 149	hydrocortisone/acetic acid.....	92
GUAIACOL.....	136	hydrocortisone/lidocaine/aloe.....	104
guanfacine hcl.....	77, 129	hydrocortisone/pramoxine.....	104, 141

Índice de medicamentos

hydrogen peroxide.....	134
hydromorphone.....	22
hydroxychloroquine sulfate.....	47
hydroxyurea.....	49
hydroxyzine hcl.....	42
hydroxyzine pamoate.....	42
HYFTOR.....	139
HYMPAVZI.....	70
HYPER-SAL.....	148
HYPODERMIC.....	120
HYRIMOZ.....	49
HYSINGLA ER.....	22
I	
ibandronate.....	111, 150
ibandronate sodium.....	150
IBRANCE.....	53
IBUDONE.....	21
ibuprofen.....	21, 26
ibuprofen/oxycodone.....	21
icatibant acetate.....	145
icosapent ethyl.....	99
IDHIFA.....	56
IFE.....	146
IHEALTH.....	114
ILARIS.....	150
ILEVRO.....	93
ILUMYA.....	135
imatinib.....	53, 54
imatinib mesylate.....	53, 54
IMCIVREE.....	57
imipramine pamoate.....	129
imiquimod.....	137
IMKELDI.....	54
IMPAVIDO.....	47
IMVEXXY.....	110
INBRIJA.....	59
INCONTROL.....	116
INCRELEX.....	109
INCRUSE ELLIPTA.....	28
indapamide.....	92
INDICLOR.....	91
indomethacin.....	27
INFANRIX DTAP.....	69
INFASURF.....	144
INFLECTRA.....	49
INGREZZA.....	82
INJECT EASE.....	116
INLYTA.....	54
INNOPRAN XL.....	77

INOVA.....	137
INPEN.....	114
INQOVI.....	50
INREBIC.....	54
INSPIRACHAMBER.....	122
INSPIRA.....	91
INSULIN.....	121
INSULIN SYRINGE.....	121
INSUPEN.....	120
INTRAROSA.....	105
INVACARE.....	117
INVEGA ER.....	131
iodine/potassium iodide.....	142
iodine/sodium iodide.....	142
IODOFLEX.....	142
IODOSORB.....	142
IPOL.....	67
ipratropium.....	28, 29, 92
ipratropium bromide.....	28, 92
irbesartan.....	75, 76
irbesartan/hydrochlorothiazide.....	75
IRESSA.....	54
ISENTRESS.....	62
isoflurane.....	24
isomethept/dichlphn/acetaminop.....	19
isomethepten/caf/acetaminophen.....	19
isoniazid.....	33
isopropyl alcohol.....	149
ISOPTO CARPINE.....	94
isosorbide.....	73, 78
isosorbide dinitrate.....	73
isosorbide-hydralazine.....	78
isotretinoin.....	135
isoxsuprine hcl.....	78
isradipine.....	72
ISTURISA.....	105
ITOVEBI.....	54
itraconazole.....	41
ivabradine.....	72, 73
ivermectin.....	47, 58, 138
IWILFIN.....	54
IXCHIQ.....	69
J	
JAKAFI.....	51
JANSSEN COVID-19 VACCINE.....	67
JANUMET.....	45
JANUMET XR.....	45
JANUVIA.....	44
JARDIANCE.....	43

Índice de medicamentos

javygtor	149	lapatinib ditosylate	54
JOENJA	144	latanoprost	94
JULUCA	60	LAZANDA	22
JYLAMVO	50	leflunomide	25
JYNNEOS	69	lenalidomide	52
K		LENVIMA	54
KADIAN	22	LEQSEVI	25
KALBITOR	145	letrozole	50
KALETRA	62	leucovorin calcium	145
KALYDECO	144	LEUKERAN	49
KATERZIA	72	LEUKINE	86
KEFLEX	34	leuprolide acetate	52
KERAFOAM	137	LEUPROLIDE DEPOT	52
keralyt	137	levabuterol	28
KERALYT	137	LEVITRA	146
KERENDIA	91	levobunolol hcl	94
KESIMPTA	82	levocarnitine	150
ketoconazole	41, 42	levocetirizine dihydrochloride	42
ketorolac	20, 93	levofloxacin	32, 36
KEVZARA	112	levonorgest	87
KINRIX	69	levonorgestrel/ethin.estradiol	87
KISQALI	52, 54	levothyroxine	143
KITABIS	32	LEVOTHYROXINE	143
KLARON	136	levothyroxine sodium	143
KLONOPIN	83	LEVULAN	56
klor-con	98	LIBERVANT	83
KOSELUGO	51	lidocaine	24, 90, 104, 141
K-PHOS	99	lidocaine hcl	24, 90
KRINTAFEL	47	lidocaine hcl/glycerin	90
K-TAB ER	98	LIDOCAINE-HYDROCORTISONE	104
KYLEENA	88	LIDODERM	24
KYNAMRO	79	LIKMEZ	33
KYNMOBI	59	LILETTA	88
L		lindane	141
labetalol hcl	75	linezolid	35
LACRISERT	93	liothyronine sodium	143
lactulose	99, 103	LIPOFEN	81
LAGEVRIO	65	LIQUID E-Z PAQUE	90
lamivudine	61, 62, 64	LIQUID POLIBAR PLUS	90
lamivudine/zidovudine	61	lisdexamphetamine	66
lamotrigine	84	lisinopril	74, 76
LAMPIT	47	lisinopril/hydrochlorothiazide	74
LANCETS	114, 115, 116, 117, 118, 119	lissamine	90
lanreotide	110	LITEAIRE	122
LANREOTIDE	110	LITE TOUCH	114, 117
lansoprazole/amoxicilin/clarith	101	LITETOUCH	122
lansoprazole dr	103	LITFULO	26
lansoprazole odt	103	lithium carbonate	125
lanthanum carbonate	97	lithium citrate	125

Índice de medicamentos

LITHOSTAT	99	maraviroc	61
LIVTENCITY	63	MARPLAN.....	125
L-MESITRAN SOFT.....	139	MATULANE.....	56
l-norgest/e.estradiol-e.estrad.....	87	MAVENCLAD	82
LOCORT	108	MAYZENT	83
LODINE.....	27	meclofenamate.....	27
LOESTRIN.....	87, 88	MEDIHONEY	139
LOESTRIN FE	88	MEDISENSE	117
lofexidine	151	MEDLANCE.....	117
LOKELMA.....	97	MEDROL	108
LOMAIRA.....	57	medroxyprogesterone	87, 109, 110
LONHALA MAGNAIR	28	mefenamic acid	20
LONSURF	50	mefloquine hcl.....	47
loperamide hcl.....	100	megestrol acetate	56, 152
LOPID.....	81	MEKINIST.....	51
lopinavir/ritonavir.....	62	meloxicam	27
LOPROX.....	42	melfhalan.....	49
lorazepam	125	memantine hcl.....	81
LORBRENA.....	54	memantine hcl er	81
LORTAB.....	21	MENACTRA.....	67
losartan/hydrochlorothiazide.....	75	MENEST.....	107
losartan potassium	76	MENOPUR	110
LOSEASONIQUE.....	88	MENOSTAR.....	107
loteprednol.....	93	MENQUADFI.....	67
loteprednol etabonate	93	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP.....	67
lovastatin.....	79	meperidine.....	22
LOVENOX	39, 40	MEPHYTON	153
loxapine succinate	132	meprobamate	125
lubiprostone.....	103	mercaptopurine	50
LUCEMYRA.....	151	mesalamine	102
LULICONAZOLE.....	42	mesna.....	145
LUMAKRAS.....	51	MESNEX.....	145
LUMRYZ.....	133	MESTINON.....	65
LUPANETA.....	109	metaproterenol	28
LUPKYNIS	113	metaxalone	123, 124
LUPRON.....	52, 109	metformin.....	44, 45
LUPRON DEPOT	109	metformin hcl	44, 45
lurasidone	131	methamphetamine hcl.....	66
LUXIQ.....	141	methazolamide	91
LYNPARZA	54	methenamine hippurate	33
LYRICA	84	methenamine mandelate.....	33
LYSODREN	56	methenam/m.blue/salicyl/hyoscy	33
LYSTEDA	70	methen/mblue/sal/sod phos/hyos	33
LYTGobi.....	54	methimazole.....	143
LYUMJEV	46	METHITEST	105
M		methocarbamol	124
MACROBID	35	methotrexate sodium	50
mafenide.....	38	methoxsalen	135
maprotiline hcl.....	129	methscopolamine bromide	101

Índice de medicamentos

methyl dopa.....	77	MITIGARE	25
methyl dopa/hydrochlorothiazide	77	MITOSOL.....	95
methylgonovine maleate	109	MIUDELLA.....	88
METHYLIN.....	129	M-M-R II VACCINE.....	69
methylphenidate	129, 130	MOBIC	27
methylphenidate er	130	MOBILE.....	114, 117
methylphenidate hcl	129, 130	MOBILE LANCETS.....	114
methylphenidate la	130	modafinil.....	133
methylprednisolone	108	MODERNA.....	67
methyl salicylate.....	137	moexipril hcl	76
methyltestosterone.....	105	molindone hcl.....	132
metoclopramide hcl	102	MOLNUPIRAVIR.....	65
metolazone	92	MOMETACURE.....	141
METOPIRONE.....	91	mometasone furoate	92, 141
metoprolol/hydrochlorothiazide	78	MONOJECT	120
metoprolol succinate	77	MONOLET	117
metoprolol tartrate	77	MONSEL'S.....	70
metronidazole.....	32, 33, 37, 138	montelukast sodium.....	30
metirosine	77	MONUROL.....	33
MEZPAROX-HC.....	141	MORPHABOND ER.....	22
MIACALCIN	111	morphine sulfate.....	22
miconazole nitrate	40	MOTOFEN	100
MICROCHAMBER.....	123	MOVANTIK.....	40
MICROGESTIN 24 FE.....	88	MOXATAG	36
MICROLET.....	117	MOXEZA	32
MICROSPACER.....	123	moxifloxacin.....	32, 36
MICRO THIN.....	117	MRESVIA	69
midazolam hcl	133	MS CONTIN.....	22
midodrine hcl.....	66	MUGARD	146
MIEBO.....	93	MULPLETA.....	87
MIFEPREX.....	147	MULTAQ.....	71
mifepristone.....	147	mupirocin.....	38
miglitol.....	43	MURI-LUBE	149
miglustat.....	148	MUSE.....	146
millipred.....	108	mvn no.53/iron/folic/dss/dha	153
MILLIPRED.....	108	MYALEPT	111
MIMYX	137	mycophenolate mofetil	113
MINIMED RESERVOIR.....	121	MYDRIACYL.....	95
MINIPRESS	75	MYGLUCOHEALTH	117
MINITRAN	73	MYLERAN.....	49
MINIVELLE.....	107	MYORISAN	135
minocycline.....	36, 37	MYTESI	100
minocycline er	36, 37	N	
minoxidil	77	nabumetone	27
mirabegron	152	nadolol.....	77, 78
MIRAPEX ER.....	59	nadolol/bendroflumethiazide	78
MIRENA.....	88	naftifine.....	42
mirtazapine.....	125	NAFTIN	42
misoprostol	26, 101	NALFON.....	27

Índice de medicamentos

NALOCET	21	nitisinone	147, 148
naloxone.....	23, 40, 151	NITRO-DUR.....	73
NALOXONE	40	nitrofurantoin.....	35
naltrexone	40	nitroglycerin.....	73, 103
NAMENDA.....	81	NITROLINGUAL.....	73
NAMENDA XR.....	81	NITROMIST	73
NAMZARIC	81	NITROSTAT.....	73
NANO	120	NITYR.....	147
NAPROSYN.....	26, 27	NIVESTYM.....	86
naproxen	20, 26, 27	NOCTIVA.....	106
naratriptan	19	NORCO.....	21
NARCAN	40	NORDITROPIN FLEXPRO.....	108
NATACYN.....	40	norelgestromin/ethin.estradiol.....	88
nateglinide.....	44	noreth-ethinyl estradiol/iron	88
NAYZILAM.....	83	norethind-eth estrad.....	88, 107
NEBUPENT.....	47	norethindrone.....	87, 88, 107, 110
nebusal.....	148	norethindrone ac-eth estradiol.....	107
NEBUSAL.....	148	norethindrone-e.estradiol-iron.....	88
NEEDLE.....	120	norethin-ee.....	88
NEEDLES.....	120	norethin-eth estrad.....	107
nefazodone hcl.....	127	norgestrel-ethinyl estradiol.....	88
neomycin	31, 32, 134	NORLIQVA.....	72
neomycin/bacit/p-myx/hydrocort.....	31	NORPACE.....	71
neomycin/polymyxin b/dexametha.....	31	NORPACE CR.....	71
neomycin/polymyxin b/hydrocort.....	31	nortriptyline hcl.....	129
neomycin/polymyxin b/gramicidin.....	32	NORVIR.....	62
neomycin sulfate.....	32	NOURIANZ.....	59
neomycin sulf/bacitracin/poly.....	32	NOVA.....	117
neomycin sulf/polymyxin b sulf.....	134	NOVAREL.....	111
NEO-SYNALAR.....	37	NOVAVAX.....	67
NERLYNX	54	NOVOPEN.....	114
NEULASTA.....	86	NOXAFIL.....	41
NEULUMEX.....	90	NUBEQA.....	50
NEUPOGEN.....	86	NUCALA.....	30
NEUPRO.....	59	NUCORT.....	141
NEURONTIN.....	84	NUCYNTA	22
NEUTRASAL.....	146	NUCYNTA ER.....	22
nevirapine.....	62	NUEDEXTA.....	82
NEXIUM DR	104	NULEV	101
NEXPLANON.....	87	NULIBRY	148
niacin.....	81	NULYTELY	103
NIASPAN.....	81	NUMOISYN.....	146
nicardipine hcl.....	72	NUPLAZID.....	126
NICOTROL	142	NURTEC ODT.....	19
nifedipine.....	71, 72	NUVARING.....	87
nilutamide.....	50	NUZYRA	37
NINLARO	54	NYMALIZE.....	72
nisoldipine er	72	NYPOZI	86
nitazoxanide.....	58	nystatin	41, 42

Índice de medicamentos

NYVEPRIA.....	86	opium/belladonna alkaloids.....	22
O		opium tincture.....	100
OBREDON.....	89	OPSUMIT.....	73
OBSTETRIX.....	124, 153	OPSYNVI.....	74
OBTREX DHA.....	124	OPTICHAMBER.....	123
OCALIVA.....	102	OPVEE.....	40
octreotide acetate.....	110	ORACIT.....	99
ODACTRA.....	67	ORALAIR.....	67
ODEFSEY.....	63	ORAMAGICRX.....	146
ODOMZO.....	51	ORAPRED ODT.....	108
OFEV.....	144	ORAVIG.....	41
ofloxacin.....	31, 32, 36	ORENCIA.....	25
OGSIVEO.....	54	ORENITRAM.....	74
OJEMDA.....	51	ORENITRAM ER.....	74
OJJAARA.....	54	ORFADIN.....	148
olanzapine.....	131, 133	ORGOVYX.....	52
olmesartan/amlodipin/hcthiazid.....	75	ORIAHNN.....	109
olmesartan-hctz.....	75	ORILISSA.....	109
olmesartan medoxomil.....	76	ORKAMBI.....	144
olopatadine.....	43, 92	ORLADEYO.....	145
olopatadine hcl.....	43, 92	orphenadrine citrate.....	124
OLPRUVA.....	99	ORTHO MICRONOR.....	88
OLUMIANT.....	26	oseltamivir.....	63
omega-3 acid ethyl esters.....	99	OSMOLEX ER.....	59
omeppi.....	104	OSPHENA.....	147
omeprazole-bicarb.....	104	OTEZLA.....	25
omeprazole dr.....	104	OTOVEL.....	31
OMNIPOD.....	114	OTREXUP.....	25
OMNIPOD 5 (GEN 5) KIT.....	114	OVACE.....	136
OMNIPOD 5 (GEN 5) POD.....	114	OVIDREL.....	111
OMNIPOD CLASSIC (GEN 3) kit.....	114	oxandrolone.....	105
OMNIPOD CLASSIC (GEN 3) KIT.....	114	oxaprozin.....	26, 27
OMNIPOD CLASSIC (GEN 3) PODS.....	114	OXAPROZIN.....	27
OMNIPOD CLASSIC (GEN 4) KIT.....	114	OXAYDO.....	22
OMNIPOD CLASSIC (GEN 4) PODS.....	114	oxazepam.....	125
OMNIPRED.....	93	oxcarbazepine.....	84
OMNITROPE.....	108	OXERVATE.....	95
OMVOH.....	111	OXSORALEN-ULTRA.....	135
ON CALL.....	117	OXTELLAR XR.....	85
ondansetron.....	100	oxybutynin.....	152
ONETOUCH.....	114, 115, 117	oxybutynin chloride.....	152
ONETOUCH DELICA.....	114, 117	oxycodone.....	21, 22, 23
ONEXTON.....	136	oxycodone hcl.....	21
ONFI.....	83	oxycodone hcl/acetaminophen.....	21
ON-THE-GO.....	117	OXYCODONE HCL ER.....	23
ONUREG.....	50	oxymorphone hcl.....	23
OPDIVO.....	56	OZEMPIC.....	43
OPFOLDA.....	148	OZOBAX DS.....	124
opium.....	22		

Índice de medicamentos

P

pacerone.....	71	phenazopyridine	24
PACNEX.....	137	phendimetrazine	57
PAIN EASE.....	24	phenelzine sulfate.....	125
paliperidone er.....	131	phenobarb/hyoscy/atropine/scop	101
PALYNZIQ.....	67	phenobarbital	101, 133
PANCREAZE	103	phenobarbital-belladonna elixr	101
PANRETIN	57	PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR	101
pantoprazole	104	phenoxybenzamine hcl	66
PAPAVERINE.....	146	phentermine	57
PARADIGM	121	PHENTOLAMINE-ALPROSTADIL.....	146
PARAGARD	88	phenylephrine hcl.....	42, 94
paregoric	100	phenylephrine hcl/prometh hcl	42
PAREMYD	95	PHENYTEK.....	85
paricalcitol.....	147	phenytoin.....	84, 85
PARLODEL.....	59	PHESGO.....	52
paromomycin sulfate	47	PHOSLYRA.....	97
paroxetine	127, 148	PHOSPHOLINE IODIDE.....	94
paroxetine cr	127	PHYSIOLYTE.....	134
paroxetine er	127	PHYSIOSOL.....	134
PASER	33	phytonadione.....	153
PATANASE.....	92	PICATO	57
pazopanib	54	PIFELTRO.....	62
PCE	35	pilocarpine hcl	66, 94
PEDIARIX.....	69	pimecrolimus	112
PEDVAXHIB.....	69	pimozide	131
peg3350/sod sulf, bicarb, cl/kcl	103	pindolol.....	77
peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c	103	pioglitazone hcl	45
PEGANONE.....	85	pioglitazone hcl/glimepiride.....	45
PEGASYS	64	pioglitazone hcl/metformin hcl	45
PEGINTRON	64	PIP	117
PEMAZYRE	54	PIQRAY	54
PENBRAYA	67	pirfenidone	147
penicillamine	25	piroxicam.....	26, 27
penicillin v potassium.....	36	pitavastatin	79
PENTACEL	69	PLEGRIDY	83
PENTACEL ACTHIB COMPONENT.....	69	PLIXDA	142
pentamidine isethionate	47	PNEUMOVAX 23.....	67
PENTASA	102	pnv	124
pentazocine hcl/naloxone hcl	23	pnv 22/iron, gluc/folic/dss/dha	124
pentoxifylline	71	pnv 66/iron/folic/docusate/dha	124
PERFECT	117, 120	pnv 69/iron/folic/docusate/dha	124
PERIDEX.....	145	pnv 80/iron fum/folic/dss/dha	124
perindopril erbumine	76	pnv/ferrous fum/docusate/folic.....	124
permethrin.....	58	pnv/iron, carb/docusat/folic ac.....	124
perphenazine	128, 132	POCKET CHAMBER	123
perphenazine/amitriptyline hcl	128	PODOCON-25	137
PFIZER COVID-19 VACCINE.....	67	podofilox.....	137, 138
PHARMABASE BARRIER.....	138	POLIBAR ACB.....	90
PHEBURANE	99	polydimethylsiloxanes/silicon.....	138

Índice de medicamentos

POMALYST.....	52	primidone	85
posaconazole	41	PRIMLEV.....	21
potassium	20, 36, 76, 96, 98, 99, 142	PRIMSOL	33
POTASSIUM	91, 92, 98, 103	PRISMASOL	99
potassium bicarbonate/cit ac.....	98	probenecid	28
potassium chloride	98	PROCARDIA	72
potassium citrate	99	PROCARE.....	123
potassium iodide/iodine	98	PROCHAMBER.....	123
pramipexole.....	59	prochlorperazine.....	100, 101
pramipexole di-hcl	59	PRO COMFORT.....	115, 117, 123
pramipexole er.....	59	PROCORT	104
PRAMOSONE.....	141	PROCRT.....	86
prasugrel	60	PROCTOFOAM-HC	104
pravastatin sodium	79	PRODIGY.....	117, 118
praziquantel	47	progesterone, micronized.....	110
prazosin.....	75	PROGLYCEM	96, 97
prazosin hcl	75	PROGRAF.....	113
PR BENZOYL PEROXIDE.....	138	PROLENSA.....	93
PRECISION	90	promethazine-codeine.....	89
PRECISIONGLIDE	120	promethazine/dextromethorphan.....	89
PRECOSE.....	44	promethazine hcl.....	42, 101
prednicarbate.....	140, 141	promethazine/phenyleph/codeine.....	89
prednisolone	31, 93, 108	PROMETRIUM	110
prednisolone acetate	93	propafenone hcl.....	71
prednisolone sodium.....	93, 108	propantheline bromide.....	99
prednisone	108	proparacaine/fluorescein sod	94
pregabalin.....	84, 85	proparacaine hcl	93
PREGNYL	111	propranolol hcl.....	77
PREMARIN.....	107, 110	propranolol/hydrochlorothiazid	78
PREMPHASE.....	107	propylthiouracil.....	143
PREMPRO.....	107	PROQUAD.....	69
prenatal 12/iron/folic/dss/om3	124	PROSCAR.....	151
PRENATAL 19.....	124	PROSTIN	109
prenatal 34/iron/folic/dss/dha	124	protectives2/ceramide.....	138
prenatal vits15/iron/folic/dss.....	124	PROTOPIC.....	112
PREPIDIL.....	109	protriptyline hcl	129
PREPOPIK	103	PROVERA.....	87, 109
PRESSURE.....	94, 95, 117	PROVOCHOLINE.....	90
PRESTALIA.....	74	PULMOZYME.....	144
PRETOMANID	33	PURE COMFORT.....	118
PREVIDENT	96	PURIXAN	50
PREVNAR 13.....	67	PUSH BUTTON	118
PREVYMIS	63	pyrazinamide	33
PREZCOBIX.....	61	pyridostigmine bromide.....	65
PREZISTA	61	pyrimethamine	47
PRIFTIN.....	33	Q	
PRIMAQUINE.....	47	QBREXZA.....	141
primaquine phosphate	47	QINLOCK	54
PRIMEAIRE	123	QMIIZ ODT.....	27

Índice de medicamentos

QSYMIA.....	57	REPATHA.....	79
QUADRACEL DTAP-IPV.....	69	REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR.....	115
QUALAQUIN.....	47	RESPA A.R.....	89
QUARTETTE.....	88	RESTASIS.....	95
quazepam.....	134	RESTIZAN.....	137
QUAZEPAM.....	133	RETACRIT.....	86
QUESTRAN.....	80	RETEVMO.....	55
quetiapine fumarate.....	131, 132	REVLIMID.....	52
QUILLIVANT XR.....	130	REVUFORJ.....	55
quinapril hcl.....	76	REXTOVY.....	40
quinapril/hydrochlorothiazide.....	74	REXULTI.....	132
quinidine gluconate.....	71	REYATAZ.....	62
quinine sulfate.....	47	REZDIFFRA.....	146
QUTENZA.....	137	REZLIDHIA.....	56
QVAR REDIHALER.....	30	REZUROCK.....	151
R		REZVOGLAR KWIKPEN.....	43
rabeprazole sodium.....	104	RHOPRESSA.....	95
RADIAGEL.....	149	ribasphere.....	64, 65
RADIAPLEXRX.....	138	ribasphere ribapak.....	64, 65
RADICAVA ORS.....	82	RIDAURA.....	25
RADIOGARDASE.....	149	rifabutin.....	33
RAGWITEK.....	67	RIFAMATE.....	34
raloxifene hcl.....	150	rifampin.....	34
ramelteon.....	133	RIFATER.....	34
ramipril.....	76	RIGHTEST.....	118
ranitidine hcl.....	102	RILUTEK.....	82
ranolazine.....	71	riluzole.....	82
RAPAFLO.....	151	rimantadine hcl.....	63
RAPLIXA.....	70	RIMSO-50.....	23
rasagiline mesylate.....	59	ringer's.....	134
RAYALDEE.....	147	RINVOQ.....	26
RAZADYNE ER.....	65	RIOMET.....	44
READI-CAT 2.....	90	RIOMET ER.....	44
READYLANCE.....	118	risedronate sodium.....	150
REBIF.....	83	risperidone.....	131
RECOMBIVAX HB.....	69	RITALIN.....	130
RECOTHROM.....	70	RITEFLO.....	123
RECTIV.....	103	ritonavir.....	62
REGIMEX.....	57	rivaroxaban.....	38
REGLAN.....	102	rivastigmine.....	65
REGRANEX.....	136	rizatriptan.....	19, 20, 173
RELAGARD.....	46	rizatriptan benzoate.....	20
RELENZA.....	63	ROBAXIN-750.....	124
RELIAMED.....	118	ROBINUL.....	99
RELION.....	90	ROCALTROL.....	153
RELISTOR.....	40	ROCKLATAN.....	95
REMICADE.....	49	roflumilast.....	30
RENACIDIN.....	99	ROLVEDON.....	86
repaglinide.....	44, 45	ROSANIL.....	38

Índice de medicamentos

rosuvastatin.....	79	SFROWASA.....	102
rosuvastatin calcium.....	79	SHINGRIX.....	69
ROTARIX.....	67	SIGNIFOR.....	110
ROTATEQ.....	67	SIKLOS.....	70
ROXYBOND.....	23	sildenafil.....	73, 146
ROZLYTREK.....	55	SILICONE.....	123
RUBRACA.....	55	SILIQ.....	135
RUCONEST.....	145	silodosin.....	151
rufinamide.....	85	SILVADENE.....	38
RUKOBIA.....	61	silver nitrate.....	138, 142
RUZURGI.....	83	silver sulfadiazine.....	38
RYBELSUS.....	43	SIMBRINZA.....	95
RYDAPT.....	55	SIMLANDI.....	49
RYTARY.....	59	SIMPONI.....	49
RYTHMOL SR.....	71	simvastatin.....	78, 79, 80
S		SINEMET.....	59
sacubitril.....	75	SINGLE-LET.....	118
SAF-CLENS AF.....	139	sirolimus.....	113
SAFETY.....	115, 116, 117, 118, 119, 120	SIRTURO.....	34
SAFETY LANCET.....	115, 116, 117, 118, 120	SITZMARKS.....	90
SALAGEN.....	66	SIVEXTRO.....	35
salicylic acid.....	137, 138	SKELAXIN.....	124
SALIMEZ FORTE.....	138	SKYLA.....	88
SALKERA.....	138	SKYRIZI.....	135
salsalate.....	25	SKYTROFA.....	108
SALVAX DUO PLUS.....	138	SMARTEST.....	118
SANCUSO.....	101	SMART SENSE.....	118
SANDOSTATIN.....	110	sodium chloride for inhalation.....	148
SANTYL.....	142	sodium chloride irrig solution.....	134
SAPHRIS.....	131	sodium chloride/nahco3/kcl/peg.....	103
sapropterin dihydrochloride.....	149	SODIUM CITRATE.....	38
SARAFEM.....	127	sodium fluoride/potassium nit.....	96
SAVELLA.....	150	SODIUM OXYBATE.....	133
SCALACORT DK.....	141	sodium phenylbutyrate.....	99
SCEMBLIX.....	54	sodium polystyrene sulfon/sorb.....	97
scopolamine.....	101	sod, pot chlor/mag/sod, pot phos.....	134
secobarbital sodium.....	133	SOFT.....	139
SECUADO.....	132	SOGROYA.....	108
SELARSDI.....	112	solifenacin.....	152
selegiline hcl.....	59	SOLQUA.....	43
selenium sulfide.....	136	SOLTAMOX.....	56
SELZENTRY.....	61	SOLUS.....	118
SEN-SERTER.....	115	SOMA.....	124
SEROQUEL.....	132	SOMATULINE DEPOT.....	110
SEROQUEL XR.....	132	SOMAVERT.....	147
SEROSTIM.....	108	SOOLANTRA.....	138
sertraline.....	127	SORBITOL.....	134
sevelamer.....	97	sotalol hcl.....	77
sevoflurane.....	24	SOTYKTU.....	135

Índice de medicamentos

SOTYLIZE	77	SURVANTA.....	144
SOVALDI	64	SUTENT.....	55
SPACE CHAMBER.....	122, 123	SYMAX DUOTAB.....	101
SPEVIGO	135	SYMDEKO	144
SPIKEVAX.....	67	SYMLINPEN.....	44
spinosad.....	58	SYMPROIC.....	40
SPIRIVA RESPIMAT	28	SYMTUZA	61
spironolact/hydrochlorothiazid.....	92	SYNALAR.....	37, 141
spironolactone.....	91	SYNAREL	109
SPRITAM.....	85	SYNJARDY	45
sps.....	97	SYNJARDY XR.....	45
SSKI	98	SYNTHROID	143
STALEVO.....	59	SYRINGE	79
STARLIX.....	44	T	
STELARA.....	112	TABLOID.....	50
STENDRA	146	TABRECTA.....	55
STERILANCE.....	118	tacrolimus	112, 113
STERILE LANCETS.....	118	tadalafil.....	73, 145, 146
STIMATE	106	TAFINLAR	51
STIMUFEND.....	86	TAGITOL	90
STIOLTO RESPIMAT	29	TAGRISSO	55
STIVARGA	55	TAKHZYRO.....	67
STRENSIQ	148	TALTZ.....	135
STRIBILD.....	63	TALZENNA.....	55
STRIVERDI RESPIMAT	28	TAMIFLU	63
STROMEKTOL	47	tamoxifen.....	56
SUBOXONE	151	tamsulosin hcl.....	151, 152
SUCRAID.....	102	TAPAZOLE.....	143
sucralfate.....	101	TARGRETIN	57
SULAR	72	TASMAR	60
sulfacetamide	31	TAVALISSE	145
sulfacetamide sodium	38, 136	TAVNEOS	70
sulfacetamide sod/sulfur/urea	38	tazarotene	136
sulfacetamide/sulfur/cleansr23.....	38	TAZVERIK.....	52
sulfact sod/sulur/avob/otn/oct.....	38	TC99M	90
sulfadiazine	32, 38	TDVAX.....	69
sulfamethoxazole/trimethoprim.....	32	TECHLITE	118
SULFAMYLON.....	38	TEGRETOL	85
sulfasalazine.....	102	TEGSEDI.....	147
sumatriptan	20	TELCARE	118
SUNLENCA	60	telmisartan.....	75, 76
SUNOSI.....	133	telmisartan-amlodipine.....	76
SUPER THIN	116, 118	telmisartan-hctz.....	75
SUPRANE.....	24	temazepam.....	134
SURE COMFORT	118	TEMIXYS.....	61
SURE-LANCE	118	TEMOVATE.....	141
SURE-TOUCH.....	118	temozolomide.....	49
SURGIFOAM	70	TENIVAC.....	69
SURGISEAL	138, 139	tenofovir disoproxil fumarate	62

Índice de medicamentos

TEPMETKO.....	55	TOLAK.....	57
terazosin hcl.....	75	tolbutamide.....	45
terbinafine.....	41	tolcapone.....	60
terbutaline.....	28	tolmetin.....	27
terconazole.....	40	tolterodine.....	152
teriflunomide.....	83	tolvaptan.....	91
teriparatide.....	111, 146	TOLVAPTAN.....	91
TERIPARATIDE.....	111	TOPCARE.....	118
TERSI.....	136	TOPICORT.....	141
TESSALON PERLE.....	89	topiramate.....	85
testosterone.....	105, 106	toremifene.....	56
TESTOSTERONE.....	105	torsemide.....	91
tetrabenazine.....	82	TRACLEER.....	73
tetracaine hcl.....	94	tramadol.....	23
tetracycline.....	37, 101	TRAMADOL.....	23
TETRAVISC.....	94	tramadol er.....	23
TEXACORT.....	141	tramadol hcl.....	21, 23
TEZSPIRE.....	150	tramadol hcl/acetaminophen.....	21
THALOMID.....	33	TRAMADOL HCL ER.....	23
THEO-24.....	30	trandolapril.....	74, 76
theophylline.....	30	trandolapril/verapamil hcl.....	74
THIOLA.....	152	tranexamic acid.....	70
thioridazine hcl.....	132	TRANSDERM-SCOP.....	101
THROMBI-GEL.....	70	TRANXENE T-TAB.....	125
THROMBIN-JMI.....	70	tranylcypromine sulfate.....	125
THROMBI-PAD.....	70	travoprost.....	95
thyroid.....	143	trazodone hcl.....	127
THYROLAR.....	143	TRECATOR.....	33
tiagabine.....	85	TRELEGY ELLIPTA.....	29
TIAZAC.....	72	TREMFYA.....	135
TIBSOVO.....	56	TRESIBA.....	46
ticagrelor.....	60	tretinoin.....	56, 136, 142
ticlopidine.....	60	TREXALL.....	50
TIGLUTIK.....	82	TREZIX.....	21
TIKOSYN.....	71	triamcinolone acetonide.....	145
timolol maleate.....	77, 95	triamterene.....	91, 92
TINDAMAX.....	47	triazolam.....	133, 134
tinidazole.....	47	trichloroacetic acid.....	139
tiopronin.....	152	TRICHLOROACETIC ACID.....	139
TIROSINT.....	143	TRICOR.....	81
TIROSINT-SOL.....	143	trientine.....	149
TISSEEL.....	139	TRIENTINE.....	149
TIVICAY.....	62	trientine hcl.....	149
tizanidine hcl.....	124	trifluoperazine hcl.....	133
TOBI.....	32	trifluridine.....	63
TOBRADEX.....	31	TRIGLIDE.....	81
tobramycin.....	31, 32, 33	trihexyphenidyl.....	58
TOBRAMYCIN.....	33	TRIJARDY XR.....	46
tobramycin/dexamethasone.....	31		

Índice de medicamentos

TRIKAFTA.....	144	ULTRA THIN.....	116, 117, 118, 119
TRILIPIX.....	81	ULTRA-THIN II.....	119, 121, 122
trimethobenzamide.....	101	ULTRATLC.....	119
trimethoprim.....	32, 33	ULTRAVATE.....	141
trimipramine.....	129	UNIFINE.....	115
TRIMO-SAN.....	46	UNILET.....	115, 116, 119
TRINTELLIX.....	128	UNISTIK.....	116, 119, 120, 123
TRIUMEQ.....	61	UNIVERSAL 1.....	119
TROKENDI.....	85	UPTRAVI.....	74
tropicamide.....	95	URAMAXIN.....	138
tropium chloride.....	152	urea.....	38, 48, 138, 139
true.....	152	UROCIT-K.....	99
TRUE.....	118, 121	UROQID.....	99
TRUE METRIX.....	90	URSO.....	101
TRUEPLUS.....	118	ursodiol.....	101
TRULANCE.....	102	USTEKINUMAB.....	112
TRULICITY.....	43	UTA.....	33
TRUMENBA.....	67	V	
TRUQAP.....	55	VAGIFEM.....	110
TRUSOPT.....	95	VALCHLOR.....	57
TRYNGOLZA.....	79	valganciclovir hcl.....	63
TUKYSA.....	55	valproic acid.....	85
TURALIO.....	54, 55	valsartan.....	75, 76
TUXARIN ER.....	89	valsartan/hydrochlorothiazide.....	75
TUZISTRA XR.....	89	VALTOCO.....	83
TWINRIX.....	69	VALTREX.....	64
TWIST.....	116, 118, 139	vancomycin.....	37
TWIST TOP.....	118	VANFLYTA.....	55
TYBOST.....	144	VANRAFIA.....	151
TYENNE.....	112	vardenafil hcl.....	146
TYKERB.....	55	VARIBAR.....	90
TYRVAYA.....	149	VARUBI.....	101
TYVASO.....	74	VASCEPA.....	99
U		VASHE.....	134
UBRELVY.....	20	VAXELIS.....	69
UCERIS.....	108	VECAMEYL.....	77
UDENYCA.....	86	VELPHORO.....	97, 98
UKONIQ.....	55	VELSIPITY.....	83
ULESFIA.....	58	VELTASSA.....	97, 98
ULORIC.....	25	VEMLIDY.....	64
ULTANE.....	24	VENCLEXTA.....	56
ULTILET.....	119	venlafaxine hcl.....	128
ULTRA.....	120	VENTAVIS.....	74
ULTRA-CARE.....	119	verapamil hcl.....	72, 74
ULTRACET.....	21	VEREGEN.....	65
ULTRA-FINE.....	120	VERELAN.....	72
ULTRAFOAM.....	71	VERIFINE.....	120, 122
ULTRALANCE.....	119	VERQUVO.....	73, 74
ULTRAM.....	23		

Índice de medicamentos

VERZENIO	55	XARELTO	39
VEVYE	95	XATMEP	50
VFEND	41	XCLAIR	137
V-GO	115	XCOPRI	86
VIAGRA	146	XDEMVY	57
VIBERZI	102	XELJANZ	26
VIBRAMYCIN	37	XELODA	50
vigabatrin	85	XELSTRYM	66
VIIBRYD	128	XENICAL	57
VIJOICE	144	XENLETA	36
vilazodone	128	XEPI	38
VIMPAT	85	XERMELO	100
VIOKACE	103	XIFAXAN	36
VIREAD	62	XIGDUO XR	45
VISTARIL	42	XOFLUZA	64
VISTOGARD	145	XOLAIR	30
VITAFOL FE	124	XOLREMDI	86
vite ac/grape/hyaluronic acid	137	XOPENEX	28
VITRAKVI	55	XOSPATA	55
VIVAGUARD	120	XPOVIO	56
VIVELLE-DOT	107	XTAMPZA ER	23
VIVJOA	41	XTANDI	50
VIZIMPRO	55	XUREA	138
VOQUEZNA	103	XURIDEN	97
voriconazole	41	XYOSTED	105
VORTEX	123	XYWAV	133
VOSEVI	64	Y	
VOWST	102	YERVOY	56
VOXZOGO	149	YESINTEK	112
VOYDEYA	70	Z	
VRAYLAR	132	zafirlukast	30
VUMERITY	83	zaleplon	134
VYKAT	57	ZANAFLEX	124
VYLEESI	131	ZARONTIN	86
VYNDAMAX	149	ZARXIO	87
VYNDAQEL	149	ZAVESCA	148
VYVGART	149	ZAVZPRET	20
W		ZEJULA	55
WAKIX	86	ZELBORAF	51
warfarin	38	ZEMPLAR	147
water for irrigation, sterile	134	ZENATANE	135
WELLBUTRIN SR	126	ZENPEP	103
WIDE SEAL DIAPHRAGM	88	ZENZEDI	66
WINREVAIR	74	ZEPATIER	65
WP THYROID	143	ZEPOSIA	83
X		zidovudine	61, 62
XADAGO	60	ZIEXTENZO	87
XALKORI	55	zileuton	28
XANAX	125	ZIMHI	40

Índice de medicamentos

zinc oxide	138
ziprasidone hcl.....	132
ZIRGAN.....	63
ZITHROMAX	35
ZOHYDRO ER.....	23
ZOKINVY.....	144
ZOLADEX.....	52
ZOLINZA	49
zolmitriptan	20
zolpidem	134
zolpidem tart er	134
zolpidem tartrate.....	134
zonisamide.....	86
ZORTRESS.....	113
ZORYVE	139
ZTLIDO.....	24
ZUBSOLV.....	151
ZURZUVAE.....	125
ZYDELIG.....	55
ZYLET.....	31
ZYLOPRIM	25
ZYVOX	35

Cigna Healthcare se reserva el derecho de hacer cambios en la Lista de medicamentos sin notificación. Es posible que su plan cubra medicamentos adicionales; consulte sus materiales de inscripción para conocer más detalles. Cigna Healthcare no se responsabiliza por ninguna decisión relacionada con los medicamentos tomada por el médico o el farmacéutico. Es posible que Cigna Healthcare reciba pagos de fabricantes de determinados medicamentos de marca preferida y, en algunas ocasiones, de determinados medicamentos de marca no preferida, los cuales podrán o no compartirse con su plan, según los convenios existentes con Cigna Healthcare. Según el diseño del plan, las condiciones del mercado, la medida en la cual los pagos del fabricante sean compartidos con su plan y otros factores existentes a la fecha del servicio, el medicamento de marca preferida podrá o no representar el medicamento de marca de más bajo costo dentro de su clase de medicamento para usted y/o su plan.

Los planes de beneficios de salud varían, pero en general, para que un medicamento esté cubierto, debe tener la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. y debe ser recetado por un profesional de cuidado de la salud, comprado en una farmacia con licencia y medicamento necesario. Si su plan brinda cobertura para determinados medicamentos con receta sin que tenga que pagar ninguna parte del costo, es posible que deba usar una farmacia de la red para que le despache la receta. Si usa una farmacia que no participa en la red de su plan, es posible que no se le cubra la receta o que el reembolso quede sujeto a las disposiciones sobre copago, coseguro o deducible de su plan. Es posible que algunas características descritas en este documento no se apliquen a su plan de salud específico, y las características del plan pueden variar según el lugar y el tipo de plan. Consulte los documentos de su plan para conocer los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta de su plan.



1. Se aplican los términos de la aplicación/tienda en línea y los cargos de las compañías de telefonía celular/uso de datos. Los clientes menores de 13 años no podrán registrarse en myCigna.com (así como tampoco sus padres o tutores).
2. Por lo general, el plan no cubre medicamentos para dejar de fumar, a excepción de lo exigido por ley o por los términos de su plan específico. Los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta del plan, incluida una lista completa de exclusiones y limitaciones, se encuentran en los documentos del plan. En caso de discrepancia entre la información proporcionada aquí y los documentos del plan, prevalecerá sin excepciones la información incluida en los documentos del plan.
3. Los precios que se muestran en myCigna no están garantizados, y la cobertura está sujeta a los términos y las condiciones de su plan. Visite myCigna para obtener más información.
4. Sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, "Generic Drug Facts". Contenido actualizado al 1 de noviembre de 2021. [fda.gov/drugs/generic-drugs/generic-drug-facts](https://www.fda.gov/drugs/generic-drugs/generic-drug-facts).
5. Sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, "Biosimilar Basics for Patients". Última actualización: 1 de agosto de 2024. [fda.gov/drugs/biosimilars/biosimilars-basics-patients](https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/biosimilars-basics-patients).
6. **No todos los planes ofrecen Express Scripts Pharmacy y Accredo como opciones de farmacia cubiertas.** Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre las farmacias que pertenecen a la red de su plan. Cigna Healthcare, Evernorth Health Services, Express Scripts y Accredo forman parte de The Cigna Group. Esto significa que tenemos una participación en la titularidad de los servicios de entrega a domicilio de Express Scripts Pharmacy y los servicios de farmacia de especialidad de Accredo. Sin embargo, usted tiene derecho a despachar sus recetas en cualquier farmacia de la red de su plan (en la medida que su plan lo permita).
7. Su plan paga el costo del envío estándar.
8. Express Scripts Pharmacy puede renovar automáticamente determinados medicamentos. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o llame al 800.835.3784, para suscribirse. Puede suscribirse para recibir mensajes de correo electrónico y/o de texto de Express Scripts Pharmacy. Para recibir mensajes de texto, tendrá que suscribirse al servicio de mensajes de texto de Express Scripts. Puede hacerlo en línea o cuando llame al 800.835.3784 para renovar su receta. Una vez que se suscriba, simplemente responda a su mensaje de bienvenida para comenzar. Se aplican cargos de mensajes de texto estándares.
9. Solo es posible renovar algunos medicamentos de especialidad por mensaje de texto. Para recibir mensajes de texto, tendrá que suscribirse al servicio de mensajes de texto de Accredo. Puede hacerlo cuando llame a Accredo para renovar su receta. Una vez que se suscriba, simplemente responda a su mensaje de bienvenida para comenzar. Se aplican cargos de mensajes de texto estándares.
10. **Para los planes asegurados que deben cumplir con las leyes de seguro del estado de Delaware:** los medicamentos antidepresivos, para dejar de fumar, para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y antipsicóticos de marca que no tengan un equivalente genérico disponible estarán cubiertos como medicamentos del Nivel 2 (de marca preferida). Esto es así aunque el medicamento esté incluido en el Nivel 3 (marca no preferida) en la Lista de medicamentos de su plan. Para averiguar cómo su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o llame al número que aparece en su tarjeta de ID.
11. Los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta del plan se encuentran en los documentos del plan. En caso de discrepancia entre la información proporcionada aquí y los documentos del plan, prevalecerá sin excepciones la información incluida en los documentos del plan.
12. **Para los planes que deben cumplir con leyes de seguro estatales, como Delaware:** Es posible que su plan cubra medicamentos para la infertilidad y para dejar de fumar aunque en esta Lista de medicamentos se indique que su plan tal vez no los cubra. Para averiguar si su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan.

Para obtener ayuda en español, llame al número que aparece en su tarjeta de Cigna Healthcare.

Los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group.

La discriminación es ilegal.

Cigna Healthcare® cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, religión, estado civil, género, orientación sexual, identidad de género o estereotipos sexuales.

Cigna Healthcare no excluye a las personas ni las trata de un modo diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, religión, estado civil, género, orientación sexual, identidad de género o estereotipos sexuales.

Cigna Healthcare:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y herramientas especiales gratuitas para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros; por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados;
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de asistencia lingüística gratuita, en forma oportuna, a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados;
 - Información escrita en otros idiomas.



Si necesita modificaciones razonables, servicios y herramientas especiales, o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si considera que Cigna Healthcare no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, religión, estado civil, género, orientación sexual, identidad de género o estereotipos sexuales, puede presentar una queja ante el coordinador de derechos civiles. P.O. Box 188016, Chattanooga, TN 37422, 877.822.6561 (TTY: marque el 711)

ACAGrievance@CignaHealthcare.com

La queja puede presentarse en persona, por correo postal, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar la queja, el coordinador de derechos civiles podrá ayudarle.

También puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

Los formularios para presentar una queja están disponibles en <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

Todos los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Behavioral Health, Inc., Evernorth Care Solutions, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation, incluidas Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of California, Inc., Cigna HealthCare of Colorado, Inc., Cigna HealthCare of Connecticut, Inc., Cigna HealthCare of Florida, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Illinois, Inc., Cigna HealthCare of Indiana, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of New Jersey, Inc., Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Tennessee, Inc. y Cigna HealthCare of Texas, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711). ATENCIÓN: Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si es un cliente actual de Cigna

Proficiency of Language Assistance Services

English – ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-244-6224 (TTY: Dial 711) or speak to your provider.

Spanish – ATENCIÓN: Si habla español, los servicios de asistencia lingüística gratuitos están disponibles para usted. También están disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-244-6224 (TTY: Marque 711) o hable con su proveedor.

Chinese – 注意: 如果您讲中文, 我们提供免费的语言援助服务。适当的辅助设备和服务也可以免费提供, 以提供无障碍格式的信息。请拨打 1-800-244-6224 (TTY: 拨打 711) 或与您的服务提供者联系。

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Viet, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí có sẵn cho bạn. Các thiết bị và dịch vụ hỗ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng có thể tiếp cận cũng có sẵn miễn phí. Gọi số 1-800-244-6224 (TTY: Gọi 711) hoặc nói chuyện với nhà cung cấp của bạn).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스가 제공됩니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 기기 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-244-6224 (TTY: 711 로 전화) 로 전화하시거나 제공자에게 문의하십시오.

Tagalog – PAUNAWA: Kung ikaw ay nagsasalita ng Tagalog, ang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika ay magagamit para sa iyo. Ang mga angkop na pantulong na kagamitan at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay magagamit din ng libre. Tumawag sa 1-800-244-6224 (TTY: Tumawag sa 711) o makipag-usap sa iyong tagapagbigay.

Russian – ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском, доступны бесплатные услуги языковой помощи. Также бесплатно предоставляются соответствующие вспомогательные средства и услуги для предоставления информации в доступных форматах. Позвоните по телефону 1-800-244-6224 (TTY: Наберите 711) или обратитесь к вашему провайдеру.

Arabic - تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر أيضًا مساعدات قابلة للوصول إليها، وذلك مجانًا. اتصل بالرقم 1-800-244-6224 (TTY: اطلب 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك (اطلب 711).

French Creole – ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lang gratis yo disponib pou ou. Ekipman ak sèvis adisyonèl ki apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm ki aksesib yo disponib tou gratis. Rele 1-800-244-6224 (TTY: Rele 711) oswa pale ak founisè ou a.

French – ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont disponibles pour vous. Des aides et des services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-244-6224 (TTY : composez le 711) ou parlez à votre fournisseur.

Portuguese – ATENÇÃO: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-244-6224 (TTY: disque 711) ou fale com seu prestador de serviços.

Polish – UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, dostępne są bezpłatne usługi pomocy językowej. Odpowiednie pomoce i usługi wspierające w celu dostarczenia informacji w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-800-244-6224 (TTY: wybierz 711) lub skontaktuj się ze swoim dostawcą usług.

Japanese – 注意: 日本語を話す場合は、無料の言語支援サービスが利用できます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助機器やサービスも無料で利用できます。1-800-244-6224 (TTY: 711 にダイヤル) に電話するか、提供者に話してください。

Italian – ATTENZIONE: Se parli italiano, sono disponibili per te servizi gratuiti di assistenza linguistica. Sono disponibili gratuitamente anche ausili e servizi appropriati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-800-244-6224 (TTY: comporre il 711) o parla con il tuo fornitore.

German – Achtung: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste, um Informationen in barrierefreien Formaten bereitzustellen, sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie 1-800-244-6224 an (TTY: Wählen Sie 711) oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Persian (Farsi) - همچنین، وسایل و خدمات کمکی مناسب برای در دسترس است. خدمات رایگان کمک زبان برای شما صحبت می‌کنند، توجه: اگر به فارسی تماس بگیرید یا با (شماره 711 را بگیرید: TTY) ارائه اطلاعات در قالبهای قابل دسترس به صورت رایگان در دسترس هستند. با شماره 1-800-244-6224 ارائه‌دهنده خود صحبت کنید